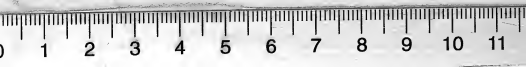
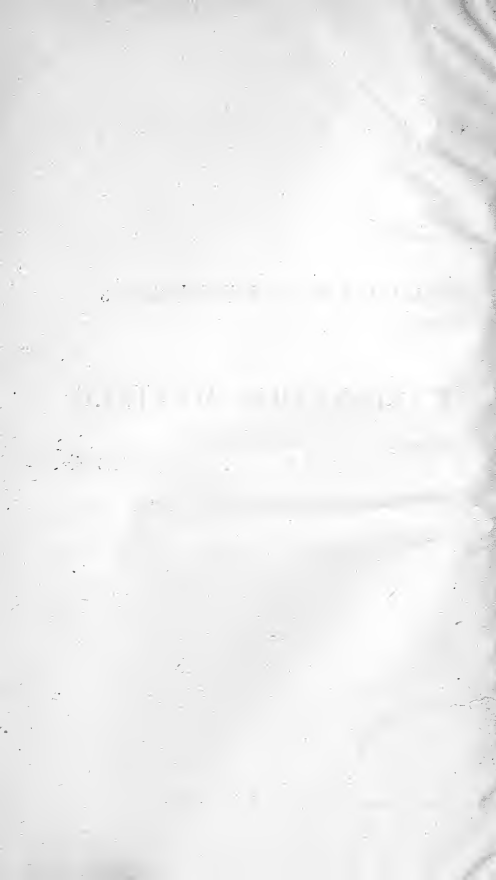


ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)



DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-TROISIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1925



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*Pourquoi le médecin d'asile
devient un fonctionnaire*

En salle de garde, un de nos thèmes favoris, lorsque nous conversions de l'avenir, était la comparaison entre les deux professions de médecin d'asile et de médecin de clientèle. Celui d'entre nous qui avait fait des remplacements à Paris ou à la campagne, vantait les satisfactions données par les soins et le traitement dans les maladies des enfants et la reconnaissance des familles. Il nous disait aussi les avantages d'une profession qui assure au médecin l'indépendance à l'égard des pouvoirs publics et la considération qu'il mérite lorsqu'il a su s'imposer à la clientèle. Tel autre qui était l'interne d'un maître, clinicien éminent dont l'existence s'était passée, en apôtre, au chevet des aliénés. Il plaçait au-dessus de tout la médecine mentale. Il

nous représentait combien l'aliéniste qui aime son métier et comprend son devoir peut être utile à la Société et se faire estimer de ses malades et de leurs parents. Il nous faisait l'éloge de ses maîtres, de leur dévouement, de leur patience inlassable et aussi de leur science d'autant plus intéressante qu'elle s'adresse aux troubles de l'esprit : « Et
« puis, disait-il, tandis que le médecin de clientèle
« est absorbé par les soucis de la vie matérielle et
« de la course aux malades ; tandis qu'il se fatigue
« sur les routes ou à monter des étages, le médecin
« d'asile a le temps de travailler, de lire, de culti-
« ver son esprit. »

Ces tendances aux recherches spéculatives et au travail désintéressé, les internes d'autrefois, devenus chefs de service, ont-ils pu les satisfaire ? Sans doute, presque tous ont continué à travailler et satisfait le goût pour la médecine mentale et le traitement des aliénés, mais il en est, parmi nous, pour lesquels la visite quotidienne dans leur service représente le seul acte médical de leur carrière.

Ils parcourent leurs salles avec la même ponctualité qu'ils s'assiéraient dans leur fauteuil et rédigeraient des rapports, s'ils étaient chefs de bureau. Ils ont perdu l'esprit d'initiative, l'audace des innovations et, pour tout dire, ce besoin d'agir et d'améliorer qui distingue l'industriel, l'ingénieur, le médecin et l'avocat du bureaucrate routinier.

Ils ont subi la déformation professionnelle. Ils sont devenus des fonctionnaires. C'est le résultat de la profession de médecin d'asile, telle que l'ont comprise le législateur, les ministres et les préfets qui appliquent les lois. En réalité, le médecin

d'asile d'aliénés est bridé et garrotté par les règlements auxquels il doit se soumettre et par l'ambiance dans laquelle il vit. Non seulement il est contrôlé, ce qui est légitime, mais il est, de par sa fonction, condamné à la suspicion des aliénés qui réclament leur liberté et de leurs familles qui, souvent, après avoir sollicité l'internement, demandent des sorties prématurées. Il est condamné aussi à la défiance des hommes politiques parce qu'il exige des améliorations en faveur de ses malades. Les hommes de loi, procureurs et juges sont aussi, parfois, très défiant à l'égard de l'aliéniste à qui ils reprochent de « voir des fous partout ». Quant aux préfets et aux chefs de division de préfecture, le médecin d'asile ne trouve pas toujours auprès d'eux une bienveillance justifiée par ses titres, sa responsabilité et son travail.

En province, certaines Commissions de surveillance se montrent, par principe, hostiles à des réformes proposées par les médecins-chefs de service, réformes qui ont pour but l'intérêt des malades et même souvent l'intérêt du Département. Telle, cette Commission d'administration d'un asile du Midi, composée en majeure partie de conseillers généraux, négociants en vins, et qui réduisit l'autorité et les avantages d'un directeur médecin parce qu'il avait proposé la réduction de la ration quotidienne de vin du personnel et des malades. Le Conseil général, assemblée politique régionale, n'est pas toujours bien disposé à l'égard d'un fonctionnaire envoyé dans le département par le Ministre, et dont la nomination échappe à sa tutelle. Je me souviens avoir entendu un conseiller général déclarer : « Vous n'avez pas le droit de m'inter

« dire de visiter un de vos malades. Même s'il est
« très agité et capable de me frapper, j'exige,
« Monsieur, qu'il me soit présenté. » En ma présence, l'important personnage a reçu un magistral coup de pied de l'épileptique, son électeur, auquel il rendait visite, et il s'est enfui pour ne plus jamais revenir. A-t-il changé d'opinion après cette correction méritée ? Je l'espère pour mes successeurs. Quoi qu'il en soit, le jeune médecin d'asile qui, l'internat passé, fait sa carrière dans certains départements, ne rencontre pas que des sympathies et bien souvent, au contraire, est obligé de lutter contre des sentiments de jalousie et de défiance qui modifient son caractère et troublent la sérénité de sa vie. Bienheureux encore s'il n'habite pas un de ces asiles où directeur, économe et médecins, sans compter les femmes, vivent en conflit permanent. Lorsque, aux préoccupations d'avenir et de famille, s'ajoutent les discordes intestines et la lutte avec les organes de direction et de contrôle ou avec les syndicats du personnel, l'esprit s'aigrit, le goût du travail s'atténue et la personnalité s'efface. L'homme devient passif et se contente d'une besogne routinière et monotone qui réduit au minimum les occasions de prendre des initiatives et des responsabilités. Peut-être faut-il rechercher dans toutes ces contingences les causes de l'indifférence et de l'apathie qui succèdent chez certains d'entre nous à l'enthousiasme et à l'ardeur de la jeunesse. Très nombreux, cependant, sont les médecins d'asile qui, jusqu'à la fin de la carrière, gardent malgré les désillusions, l'amour de leur métier et le goût des recherches scientifiques. On en connaît qui par leur travail, leur forte person-

nalité et la haute idée qu'ils se font de leurs fonctions, ont su s'imposer partout où la destinée les a placés.

Une profession à laquelle Parchappe, Baillarger, Calmeil et Magnan ont donné un si haut prestige ne doit pas déchoir. On peut railler et discuter nos prétentions. Nous sommes des fonctionnaires d'occasion, mais, avant tout, des médecins, par le libre choix de notre vocation et le but de nos études. A la condition de mériter, par notre conscience et notre travail, la confiance à laquelle nous avons droit, et si, en toutes circonstances, et quels que soient nos adversaires, nous savons rester unis, notre profession restera parmi les plus honorables. Sans doute nous avons à l'égard de la Société et de nos malades une responsabilité qui nous impose des devoirs, mais aussi il n'est pas de pouvoir politique ou administratif qui puisse nous enlever les avantages moraux que nous avons acquis au concours et l'autorité qui s'attache à notre fonction.

A. RODIET.

Du rôle de l'imagination représentative et de l'articulation verbale inconsciente dans la genèse de l'hallucination verbale

Par M. Paul COURBON

La question des hallucinations sera toujours insoluble. D'abord parce que l'homme normal est dans l'incapacité de faire de ses états subjectifs une analyse vraiment objective et de l'exprimer avec fidélité. Ensuite parce que, le pourrait-il un jour, l'aliéné, dont la conscience morbide perçoit, comme l'a bien montré Charles Blondel (1), des états qu'aucune langue ne décrit, sera toujours impuissant à rapporter avec exactitude ce qui se passe en lui. Pour ce qui est de l'hallucination verbale, par exemple, la seule qui nous occupe ici, la théorie du mécanisme du langage par images, après une longue faveur, est battue en brèche maintenant par celle du mécanisme dynamique. Et nous n'avons aucun moyen de les contrôler. En cette matière, nous ne pouvons que nous faire des représentations dont nous ignorons le rapport avec la réalité. Toute leur valeur est de permettre une classification des syndromes conformes aux particularités les plus caractéristiques des récits des malades.

Le but de ces lignes est de rapprocher de la description que les malades atteints d'hallucinations verbales donnent de leurs troubles, certaines considérations de psychologie grossière, prises dans les données de la vie courante et à la portée du premier observateur venu. Ce rapprochement, en même temps qu'il donne la compréhension approximative des différences qu'ont entre eux les psychopathes hallucinés, légitime la distinction établie par les anciens cliniciens entre les diverses catégories et formes d'hallucination verbale qu'ils décrivent.

(1) Charles BLONDEL. — La conscience morbide, Alcan, 1913.

L'hallucination verbale peut se définir : le syndrome constitué par la perception subjective de paroles qui n'ont pas été émises en réalité et alors qu'aucun bruit extérieur n'a pu donner naissance à une illusion. L'hallucination verbale auditive est celle dans laquelle la prétendue perception est faite par l'oreille : le malade dit qu'il entend des voix. L'hallucination verbale motrice est celle dans laquelle la prétendue perception est faite par le sens musculaire : le malade dit qu'il prononce malgré lui des mots, qu'il est obligé de parler malgré lui.

I. DE LA SIGNIFICATION DES MOTS « ENTENDRE » ET « VOIX ». — Il convient tout d'abord de remarquer, ce que semblent parfois oublier certains aliénistes dans leurs discussions, que parfois, dans le vocabulaire des gens normaux, le mot « entendre » n'a pas la moindre signification sensorielle, et le mot « voix » s'applique à des concepts absolument purs de toute idée de vibration laryngée ou d'émission verbale. Lorsqu'avant de se donner pour polyglotte un héros de Molière dit à son interlocuteur : « entendez-vous le grec ? », il lui demande simplement s'il comprend cette langue. « Rester toujours sourd à la voix du devoir ou de l'honneur » veut dire ne pas savoir ce que sont ces notions.

Pourquoi l'aliéné ne pourrait-il pas employer ces termes avec la même extension ? Bien souvent chez lui l'expression « entendre une voix » ne signifie pas autre chose que « comprendre une intention étrangère », car c'est par la voix que se communiquent les intentions à autrui.

II. DU RÔLE DE L'IMAGINATION REPRÉSENTATIVE DANS LA PENSÉE DE L'HOMME NORMAL ET DANS LA GENÈSE DE L'HALLUCINATION AUDITIVE. — L'hallucination verbale auditive est la perception d'une parole en dehors de toute émission réelle de son et de tout mouvement articulaire. « C'est une perception auditive sans objet », disait pittoresquement Ball. « C'est une partie du langage intérieur reniée par le sujet », dit avec une parfaite exactitude

Froment (1), résumant ainsi l'opinion de la plupart des auteurs qui étudièrent la question en ces dernières années.

Mais il n'en reste pas moins vrai que les langages intérieurs diffèrent, car il y a de grandes différences entre les descriptions analytiques que donnent les malades de leurs hallucinations. Toutes incomplètes et infidèles que soient ces descriptions, on ne peut pas ne pas en tenir compte, surtout lorsqu'elles sont les mêmes après guérison que pendant la maladie, par des individus à intelligence suffisante, comme dans les cas de bouffées délirantes. Cela, moins pour en étayer un diagnostic ou un pronostic, qui se passent du secours de ces distinctions, que pour ne pas faillir à la première règle de toute méthode scientifique : ne rien retrancher arbitrairement des phénomènes de l'observation.

Les psychopathes qui déclarent « entendre ou avoir des voix » peuvent être divisés en deux groupes, suivant que l'on trouve ou non dans leurs dires des éléments apparemment sensoriels.

Chez les uns, qui sont peut-être le plus grand nombre, ces éléments ne sont pas identifiables. Leurs voix n'ont pas de timbre, ou pas d'accent, ou ne naissent pas à l'extérieur. Ou bien, elles ne se distinguent pas les unes des autres par des qualités auditives. Quelquefois, la personne dont ils prétendent reconnaître la voix n'a jamais été connue ni entendue par eux. Ou ils ne peuvent redire les phrases, les mots soi-disant entendus, etc. Un de mes malades, remarquablement intelligent, capable d'apprendre parfaitement l'anatomie et la physiologie du système nerveux, malgré un délire chronique de vingt ans, a quotidiennement des entretiens avec le czar, les généraux, les ministres de Russie et me répondait : « Ils me parlent tous différemment, mais sans bruit et sans parole, comme la voix de ma conscience. »

Chez les autres, au contraire, la description est telle

(1) FROMENT. — Comment étudier les troubles du langage. *Rapport du Congrès des aliénistes et neurologistes*. Bruxelles, 1924.

que l'on ne peut moins faire de partager la conviction qu'ils ont d'entendre réellement des paroles par l'oreille. Ils décrivent spontanément le timbre, les modulations, les intonations des diverses voix. Ils miment les correspondants imaginaires en variant leurs effets pour chacun. Guérie d'une bouffée délirante polymorphe, une jeune fille nous disait avoir reconnu à l'enrouement de l'une et à l'accent de l'autre, les voix de ses anciennes compagnes, dont effectivement la première avait une laryngite chronique et l'autre est une méridionale.

Nous verrons que ces deux types extrêmes de « voix », sensorielles ou non sensorielles, se rencontrent dans tous les syndromes dont l'hallucination verbale auditive est un élément. Mais auparavant, il convient d'indiquer comment la notion récente d'une forme de l'imagination, appelée représentative par Sollier (1), objectivante par Mignard (2), fournit une compréhension de ces différences.

L'imagination représentative est une forme particulière de l'imagination dont ne sont doués que certains sujets et qui a pour effet de leur donner la représentation sensorielle de tous les éléments concrets de leurs états de conscience. Ces individus ne peuvent penser à des êtres ou à des choses, se les rappeler, entendre un récit, faire une lecture sans avoir la perception matérielle des objets évoqués. Ce sont les sens supérieurs, vue et ouïe, qui, en raison de leur importance dans l'édification de la connaissance, sont les agents les plus actifs de cette création imaginaire.

Celle-ci est parfois si intense qu'elle détourne l'attention des perceptions actuelles qui la mirent en branle. Le sujet cesse de suivre son propre raisonnement, sa lecture ou son interlocuteur, pour contempler le déroulement de son imagerie mentale, c'est-à-dire pour rêver. Anatole France, dans ses souvenirs d'enfance, raconte comment le nom de Cléopâtre, prononcé par le maître,

(1) SOLLIER. — Conférence faite à l'asile Sainte-Anne en 1913. — Voir SOLLIER et COURBON. — *Sémiologie pratique des maladies mentales*, 1 vol. Masson, 1924.

(2) MIGNARD. — *Annales médico-psychologiques*, 1921.

le faisait s'évader pendant quelques instants du milieu misérable de l'école pour la contemplation du magnifique défilé de tout un cortège d'images.

Quand de tels sujets songent à une discussion, ou se rappellent une conversation, la représentation auditive prend le dessus. Celle-ci peut, dans les circonstances émouvantes, arriver à un degré d'objectivation vraiment hallucinatoire que n'atteint pas la représentation visuelle, en raison de l'intermittence des éléments réducteurs envoyés à l'ouïe par la réalité extérieure. En effet, les impressions auditives émanées du milieu ambiant sont généralement interrompues, tandis que les impressions visuelles sont permanentes. Tant que les yeux sont ouverts, les rétines sont impressionnées par les objets réels, impressions qui réduisent les visions imaginaires en formation. Au contraire, bien que les oreilles ne soient jamais fermées, le tympan n'est ébranlé qu'au moment où il se fait du bruit au dehors, moments qui peuvent être très espacés. Et le silence est le complice de l'imagination.

On comprend aisément qu'une même maladie mentale atteignant deux individus, dont l'un est doué d'imagination représentative, alors que l'autre n'a qu'une imagination abstraite, produise chez le premier des hallucinations sensorielles auditives, et n'en produise pas chez le second.

C'est ce que nous allons voir dans chacun des syndromes psychopathiques où l'hallucination verbale a été signalée. Ce faisant, nous indiquerons comment la maladie peut donner essor à une imagination représentative restée latente jusque-là.

DÉLIRE HALLUCINATOIRE. — Le syndrome ainsi qualifié est celui dans lequel le système délirant a son fondement dans la conviction d'une communication directe et passive avec des personnalités étrangères. Le malade a le sentiment que ces personnalités lui transmettent, *sinon toute formulées, du moins toute pensées* leurs intentions à son égard : malveillantes et injurieuses (délire de persécution), admiratives ou envieuses (délire de grandeur), méprisantes ou punisseuses (délire mélancolique), amoureuses ou lubriques

(délire érotique), religieuses ou morales (délire mystique). Il dit recevoir des insultes, des éloges, des menaces, des propos galants ou obscènes, des ordres ou des félicitations. En somme, il perçoit des discours tenus par des êtres autres que lui. Il y a hétérologie ou *xénologie*, pourrait-on dire.

a) Chez les sujets à imagination abstraite, ce discours n'a aucune sonorité. Il s'agit d'une transmission de pensée analogue à celle qu'ont les individus qui croient à la télépathie et reçoivent leurs lointains messages sans le secours d'aucune phrase, ni d'aucun mot, ni d'aucune vision. C'est une *xénologie non verbale*, pourrait-on dire par un accouplement de termes paradoxal, mais qui correspond assez bien à un état que notre conscience saine peut incomplètement réaliser. L'*hallucination* est *psychique*, non auditive.

b) Chez les sujets à imagination représentative, ce discours est sonore et articulé. C'est une *xénologie verbale*. L'*hallucination* est *vraiment auditive*. Elle présente les trois attributs de l'objectivation sensorielle (c'est une voix, une parole vraiment entendue), de l'extériorisation spatiale (c'est dans le milieu extérieur qu'elle naît) de l'hétérogénéité psychologique (c'est un être étranger qui parle).

Ces délires peuvent révéler une imagination représentative passée inaperçue, à cause des obstacles psychiques et physiques que la maladie apporte au jeu des éléments réducteurs de la réalité extérieure. En effet, d'une part, l'état affectif absorbe l'attention et la détourne de la réalité. D'autre part, comme l'enseignait Régis, le véritable halluciné de l'ouïe a presque toujours une maladie organique de l'oreille.

DÉLIRE D'INFLUENCE. — Le syndrome ainsi qualifié est celui dans lequel le système délirant a son fondement dans la conviction du malade que des personnalités étrangères sont *maîtresses de ses propres processus* mentaux. Au lieu de lui communiquer directement leurs intentions toutes pensées, elles l'obligent à avoir des idées, des sentiments, et à agir malgré lui, cela avec une intention persécutrice ou flatteuse, ou justicière, ou érotique, ou mystique. En somme, il

pense suivant le bon plaisir des autres. Il y a *xéno-noésie*. Ses pensées appartiennent à autrui.

a) Chez les sujets dépourvus d'imagination représentative, ces états idéo-affectifs imposés restent abstraits. « On leur donne des idées ».

b) Chez les autres, ils se concrétisent. Le malade se rend compte que la « voix », quoique provoquée par autrui, ne naît pas en dehors de lui. Il se plaint « qu'on lui donne des hallucinations ». En réalité, ce n'est pas une hallucination vraie, car le phénomène n'a que les deux caractères de l'hétérogénéité psychologique et de l'objectivation sensorielle. Il n'a pas celui de l'extériorisation spatiale. C'est l'*autoreprésentation aperceptive* de Petit.

CONFUSION MENTALE et DÉMENCE. — L'existence ou non de l'imagination représentative permet de faire dans ces états les mêmes distinctions que dans les délires. Le mécanisme dit hallucinatoire et le mécanisme par influence peuvent également y jouer, comme ils peuvent jouer dans les états psychopathiques polymorphes, car ils ne sont pas l'apanage des psychoses systématisées chroniques.

Notons que l'indifférence du dément et l'obtusion du confus sont des obstacles psychiques à l'arrivée des éléments réducteurs émanés de la réalité extérieure. Les bourdonnements d'oreille chez tous les deux constituent parfois un obstacle physique qui se surajoute.

PSYCHASTHÉNIE. — Dans tous les syndromes précédents, la « voix » paraît au malade avoir sa raison première, sa source hors de lui. C'est un phénomène *xénogénié*.

Il est au contraire des syndromes où cette voix est reconnue comme indépendante, aussi bien d'une personnalité étrangère que de la propre personnalité du sujet. C'est un discours qui se fait tout seul. C'est un phénomène autogène, c'est de l'*autologie*.

C'est ce qui arrive chez les psychasthéniques doués d'imagination représentative, qui sont atteints soit de coprolalie ou maladie des tics de Gilles de la Tourette, soit de manie blasphématoire. Chez eux, la

peur de prononcer le mot scandaleux s'accompagne de la perception auditive de ce mot. L'impulsion verbale est précédée d'une hallucination incomplète, c'est-à-dire d'autoreprésentation aperceptive. Les sujets dont l'imagination est simplement abstraite n'ont que l'impulsion verbale sans représentation auditive préalable.

C'est une *autoreprésentation non xénogène*, comme l'est la représentation aperceptive du délire d'influence. Elle n'a ni extériorisation spatiale, ni hétérogénéité psychologique, elle n'a que l'objectivation sensorielle.

Les impressions de la perception extérieure qui s'opposeraient à la création imaginaire sont entravées psychiquement par la lutte anxieuse contre le blasphème ou la grossièreté qui veulent sortir des lèvres, et physiquement par les vertiges accompagnateurs de la lutte.

III. DU RÔLE DE L'ARTICULATION VERBALE INCONSCIENTE DANS LA PENSÉE DE L'HOMME NORMAL ET DANS LA GENÈSE DE L'HALLUCINATION VERBALE MOTRICE. — L'hallucination motrice verbale est constituée par la perception des mouvements articulaires correspondant à la prononciation de mots. C'est un phénomène *moteur et non sensoriel*. Le malade dit avoir la sensation de prononcer des mots malgré lui, mots dont il ne comprend le sens que par cette prononciation. Effectivement, si l'on observe le sujet au moment d'une hallucination motrice verbale, on aperçoit, plus ou moins distinctement, quelques frémissements de ses lèvres.

Mais considérons l'homme normal. On ne peut pas démontrer que l'exercice de sa pensée ait pour condition indispensable l'emploi de la parole, que sans le mot il n'y ait pas de pensée possible. Par contre, il est aisé de constater presque journellement que chacun de nous trouve dans l'articulation de sa propre parole, bien souvent sans qu'il s'en rende compte, un agent de compréhension, un foyer de lumière où il vient éclairer son intelligence. Devant un texte mal écrit ou obscur, on se met à l'épeler inconsciemment

à voix haute ou basse. Quand on ne comprend pas très bien un interlocuteur qui traite une question sur laquelle on est peu instruit, ou qui parle une langue qu'on possède mal, on répète instinctivement ses paroles. Quand on réfléchit sur un problème embrouillé, ou qu'on n'arrive pas à mettre debout un raisonnement, on murmure spontanément les mots correspondant aux idées rétives. On imite en somme les gens de peu d'instruction qui ne savent lire qu'en récitant. Dans tous ces cas, l'homme normal a recours à l'articulation inconsciente des mots de sa pensée, et il en obtient le plus souvent la lumière qu'il espérait.

Chez certains individus qualifiés de moteurs, l'intervention de cet adjuvant est si coutumière et si active que l'on dit d'eux sans grande exagération qu'ils ne pensent qu'en parlant.

A côté de cette *articulation verbale inconsciente de secours*, qui est de beaucoup la plus fréquente, on rencontre parfois chez l'homme normal une *articulation verbale inconsciente*, ou parfois simplement *involontaire*, *d'anticipation*. Elle apparaît dans certaines circonstances plus ou moins émotionnantes, lorsque le sujet ne peut pas ou ne veut pas exprimer sa pensée. C'est le cas du discuteur impatient de répondre à son interlocuteur, du réticent qui est à bout de silence. Ils disent avoir les mots sur la pointe de la langue, sur le bord des lèvres et, de fait, on voit leur bouche ébaucher la mimique de la parole.

Le symptôme appelé hallucination psychomotrice verbale se présente dans deux conditions comparables à celles de l'articulation inconsciente de l'homme normal.

Dans le DÉLIRE D'INFLUENCE chronique systématisé ou aigu et symptomatique, elle se présente avec le caractère *xénogène* inhérent à tous les éléments de ce délire. Les processus mentaux de ces délirants déterminent certainement une sensation de gêne, que ne déterminent pas les processus mentaux des délirants hallucinatoires, puisque les premiers pensent malgré eux et doivent indirectement comprendre l'intention étrangère qui arrive tout exprimée aux seconds. Le

malade devant ses pensées indociles est dans une situation analogue à la nôtre devant un raisonnement qui nous échappe ou un texte hermétique. Sans s'en rendre compte, il récourt à l'articulation verbale, comme nous le faisons nous-mêmes. L'hallucination motrice verbale du délire d'influence est donc *l'équivalent de l'articulation verbale de secours* de l'homme normal.

Dans la coprolalie et la manie blasphematoire de la PSYCHASTHÉNIE, elle se présente avec le caractère *auto-gène* inhérent à l'obsession impulsive. Le sujet a tellement peur de prononcer le mot qu'il en arrive à le prononcer malgré lui, en vertu de cette loi de contraste qui associe souvent les processus mentaux des obsédés, ces malheureux gribouilles condamnés à faire précisément ce qu'ils veulent éviter. Leur peur de parler a le même effet que le désir de parler des gens normaux ou, plus exactement, ils sont comparables aux réticents de tout à l'heure. L'hallucination motrice verbale de la psychasthénie est *l'équivalent de l'articulation verbale d'anticipation* de l'homme normal. En réalité, c'est le premier moment de l'impulsion verbale, laquelle est l'aboutissant de la coprolalie et de la manie blasphematoire.

IV. CONCLUSIONS ET RÉSUMÉ. — D'une façon schématique et approximative, car il est absolument impossible de savoir ce qui se passe dans une conscience morbide, on peut tirer les conclusions suivantes :

A. L'imagination représentative est une forme particulière d'imagination qui consiste dans la représentation mentale sensorielle de tous les éléments concrets d'un état de conscience. Son rôle, en ce qui concerne le langage, est de donner la représentation mentale auditive des mots correspondants aux idées.

Les sujets qui en sont doués ont, lorsqu'ils sont atteints de maladies mentales, des perceptions imaginaires vraiment auditives que n'ont pas les sujets à imagination abstraite.

Dans le délire dit hallucinatoire, l'individu à I. A. est en communication abstraite avec ses interlocuteurs

(*hallucinations psychiques*), tandis que l'individu à I. R. est en communication sensorielle (*hallucination verbale auditive* ayant les trois caractères de l'objectivation sensorielle, de l'hétérogénéité psychologique et de l'extériorisation spatiale).

Dans le délire d'influence, l'individu à I. A. pense abstraitement ce qu'autrui veut lui faire penser (*idée autochtone*), tandis que l'individu à I. R. entend ce qu'autrui veut lui faire penser (autoreprésentation aperceptive avec deux caractères seulement, ceux de l'objectivation sensorielle et de l'hétérogénéité psychologique). C'est une *autoreprésentation aperceptive xénogène*.

Ces deux modes peuvent exister dans les psychoses systématisées chroniques ou polymorphes aiguës, dans la mélancolie, la confusion mentale et la démence.

Enfin, dans la psychasthénie à formes de coprolalie et de manie blasphématoire, l'individu à I. R. entend les mots scandaleux qu'il redoute de prononcer. C'est une *autoreprésentation aperceptive autogène* qui n'a que le seul caractère de l'objectivation sensorielle.

A noter que l'I. R., latente en dehors des périodes de maladies mentales, peut se révéler à la faveur des obstacles psychiques et physiques apportés à la perception extérieure par l'état morbide de l'attention et de l'oreille.

B. L'hallucination verbale inconsciente ou prononciation inconsciente des mots correspondants aux idées d'un état de conscience se rencontre chez les individus normaux, soit comme moyen de secours capable d'éclairer la compréhension des idées, soit comme anticipation de la parole.

Dans le délire d'influence, où le sujet a forcément des pensées obscures, puisqu'il dit n'en comprendre le sens qu'après avoir articulé, l'hallucination motrice verbale est l'*analogue de l'articulation verbale inconsciente de secours* de l'homme normal.

Dans la coprolalie et la manie blasphématoire de la psychasthénie, où le sujet a peur de parler, elle est l'*analogue de l'articulation verbale inconsciente d'anticipation* de l'homme normal.

A PROPOS DE LA TUBERCULOSE DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Par les docteurs Julien RAYNIER et Henri BEAUDOUIN

Au cours de l'action entreprise envers les « fléaux sociaux », contre lesquels s'organise progressivement une lutte plus efficace, menée par le corps médical et les pouvoirs publics, la tuberculose a fait, ces dernières années, l'objet de dispositions législatives, — complément indispensable de celles formulées par les textes relatifs aux bureaux de bienfaisance, aux hôpitaux, à l'assistance médicale gratuite, à la protection de la santé publique... — si bien connues qu'il suffit, en conséquence, de les rappeler brièvement : *Loi du 15 avril 1916* instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (circulaire du 31 juillet 1917) ; *Loi du 7 septembre 1919* instituant des sanatoriums (décrets du 10 août 1920 et 11 octobre 1924).

Grâce à elles et à leurs prescriptions touchant particulièrement à l'organisation et aux voies et moyens financiers un certain nombre de points importants de la défense contre la tuberculose — dont le programme complexe, médical et social : prévention individuelle et collective, assistance à domicile, assistance sanatoriale des curables, assistance et isolement hospitalier des contagieux et incurables... se présente sous des aspects si multiples — ont pu recevoir une solution mieux adaptée.

Des progrès en sens divers sont encore désirables et possibles, mais déjà les créations poursuivies et réalisées, le chiffre des malades reçus par les dispensaires

spéciaux, l'importance croissante du rôle des infirmières visiteuses... sont une preuve de l'activité de la lutte engagée.

Administrateurs et médecins des établissements d'aliénés, ne sauraient rester étrangers au mouvement actuel. « Plus encore que tous autres services publics, disait le ministre de l'Intérieur dans une circulaire du 15 juin 1901, les établissements de bienfaisance, doivent apporter toute leur vigilante attention à combattre la propagation de la tuberculose.... Il convient que les établissements de bienfaisance donnent l'exemple... Ils y sont, d'ailleurs, directement intéressés, car la tuberculose en absorbant des ressources qui eussent pu servir à l'assistance d'autres misères pèse lourdement sur leurs finances. »

Certains de nos asiles, cependant, outre qu'ils sont parfois loin « de donner l'exemple », même dans l'ordre des mesures d'hygiène courantes, sont fréquemment « des foyers d'infection tuberculeuse ». Les travaux de la Commission spéciale instituée par l'arrêté ministériel du 22 novembre 1899 signalaient les « ravages trop considérables » dans l'ensemble des établissements d'aliénés, et indiquaient une proportion de 111 décès, moyenne annuelle des années 1894 à 1898 sur 10.000 hospitalisés (moyenne pour la France dans les mêmes conditions et pour la même époque 43,8).

On a pu, par ailleurs, observer que quelques établissements offraient un caractère véritable de *foyer d'infection*, sans que cette situation pût s'expliquer, par une situation analogue des régions où ils étaient placés et des contrées où ils recrutaient leur principale clientèle. Parmi les causes multiples de cet état de choses, lié, dans une large mesure, à l'état et au fonctionnement hygiénique des établissements envisagés, une mention spéciale a toujours pu être réservée à l'encombrement périodique ou permanent d'assez nombreux asiles.



Des difficultés particulières surgissent dans nos établissements spéciaux pour organiser la lutte antituberculeuse: il faut tenir compte de ce que l'état mental des malades intervient fréquemment pour troubler les plus élémentaires précautions (crachats par terre...) et de ce que le médecin se trouve ici en présence d'un double problème de classement à résoudre, résultant de la présence chez les mêmes sujets de deux affections à indications médicales différentes, comme de la présence (indépendamment de l'existence de lésions fermées ou ouvertes) de tuberculeux calmes ou agités, délirants ou déments capables ou non d'utiliser convenablement un crachoir. Si l'idéal d'une organisation adéquate a pu être souvent recherché dans le traitement en des « asiles spéciaux d'aliénés tuberculeux » qui comporteraient la conservation des divers pavillons de classement différenciés habituels, adaptés aux formes diverses des troubles mentaux et de la bacillose, il n'en reste pas moins que le caractère départemental de l'assistance aux aliénés — sans préjudice d'autres considérations — ne permet en général pas, de poser la question d'une façon aussi simple.

Au surplus, la lutte antituberculeuse ne peut pas, dans les asiles, se borner aux mesures prises à l'endroit des malades; elle intéresse aussi le personnel. Nous avons rappelé (1), après tant d'autres, les difficultés traditionnelles et actuelles de son recrutement. Or, il n'est peut-être pas exceptionnel que l'emploi d'infirmier soit sollicité par des sujets qui, du fait même d'une atteinte de bacillose antérieure, recherchent un travail moins pénible; le médecin se trouve alors placé dans la pénible et embarrassante alternative d'accepter un agent qu'il peut être amené à considérer comme peu à sa place, ou comme un danger plus ou moins prochain pour l'entourage, ou de refuser un infirmier dont il a besoin. Et voilà que se

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés* (chez Lefrançois 1924), page 95.

pose, ici encore, sous une nouvelle forme, la question du choix et du statut du personnel, de son hygiène, de sa nourriture, de son emploi du temps... de son sommeil, de son « logement convenable » (1) suffisamment spacieux, clair et aéré... tant de fois mise à l'ordre du jour : infirmiers couchant dans les dortoirs communs, partageant leur chambre avec un camarade; logements insalubres d'agents externés, dans les agglomérations voisines d'asiles populeux, etc.



Nous n'esquisserons pas, ici, l'histoire de cette question de la tuberculose dans les asiles. Signalée déjà par Esquirol, elle a fait l'objet de plusieurs rapports, notes aux Congrès, thèses et statistiques (2). Nous voudrions insister seulement sur cette notion capitale — qui pour si banale qu'elle soit n'a pas paru toujours s'imposer suffisamment à l'attention — que les statistiques de cette nature ne peuvent avoir de base solide et de valeur que si elles tiennent compte de tous les cas de morbidité et de mortalité, si elles font ressortir les formes et localisations de l'affection, l'existence de la tuberculose avant l'entrée, la durée du séjour avant l'évolution, l'atteinte ou la contagion à l'asile et la terminaison fatale..., si elles reposent réellement sur des chiffres et des classifications précises permettant des constatations, comparaisons, rapprochements utilisables en vue de la connaissance exacte de la situation des divers établissements (dans le cas, où ils « produiraient » notablement plus de tuberculeux qu'ils n'en reçoivent), comme des conclusions à en tirer en matière prophylactique.

La recherche et le diagnostic précis de la tuberculose et de ses formes mérite une organisation systématique. Mention spéciale devrait en être faite aux rapports annuels des médecins d'asile, suivant une formule uniforme, indispensable, d'ailleurs, en matière de statis-

(1) Circulaire (Hygiène) du 20 mars 1920.

(2) SÉRIEUX. — *Assistance des aliénés*, 1909, p. 448.

tiques diverses, d'intérêt commun (1). Elle devrait porter, en conclusion, les appréciations nécessaires motivant des demandes d'améliorations générales ou particulières.



Le rôle de la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales est généralement admis, en particulier dans les états confusionnels, la démence précoce... On a pu discuter son appoint étiologique dans la paralysie générale et Régis qui rappelle les derniers travaux sur ce sujet (2), l'admet en particulier pour les formes de P. G. juvéniles.

Dans un autre ordre d'idées : il est des aliénés tuberculeux chez lesquels les troubles mentaux sont primitifs et antérieurs à l'atteinte organique ; il est, cas plus fréquent, des tuberculeux aliénés dont la tuberculose est secondaire à l'affection mentale et favorisée par elle.

Mais là n'est pas le point de vue (psychoses tuberculeuses? psychoses chez les tuberculeux?...) auquel il nous convient, présentement, d'envisager le problème. Nous ne considérons, ici, en effet, la tuberculose qu'en tant qu'affection autonome, en rapport ou non avec les troubles mentaux qu'elle accompagne.

Si les symptômes de l'affection ont apparu déjà au moment où le malade entre à l'asile, l'examen systématique et complet devra les révéler et faire prendre les mesures appropriées nécessaires. Mais c'est surtout à propos des malades déjà internés depuis un temps plus ou moins long que l'attention du médecin devra être en éveil : tous les sujets respirant de façon insuffisante (états dépressifs, stuporeux, catatoniques, alités continus susceptibles de congestions passives du poumon qui, jointes au défaut d'hématose, provoquent des condi-

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 156. — Rapport de l'Inspection générale (R. I. G.) des services administratifs, 1923. RAYNIER. — *Assistance aux aliénés*, p. 226. — Circulaire Intérieur du 15 juin 1901.

(2) RÉGIS, — *Précis de psychiatrie*, 5^e édition, p. 774.

tions favorables à l'évolution du bacille), ceux qui ont des habitudes de malpropreté, qui « touchent à tout », portent « tout à la bouche » (déments, maniaques, agités...), ceux qui présentent du refus d'aliments d'une façon prolongée, ceux qui se sont livrés à des abus alcooliques chroniques, ceux qui sont convalescents de grippe ou de maladies infectieuses... doivent être tout spécialement surveillés à cet égard ; surtout dans certains quartiers encombrés, mal aérés, à cours étroites, et dans quelques établissements où la nourriture resterait défectueuse ou insuffisante à quelque titre que ce soit.



Néanmoins, le trouble mental n'est pas sans rendre plus difficile le diagnostic de l'affection somatique (psychopathes hypocondriaques, psychopathes n'attirant pas spontanément l'attention sur leur état physique, distraits par leur délire, anesthésiés, résignés, hostiles ou déments, etc., ou se soustrayant à l'examen). Tous les aliénistes connaissent bien l'évolution insidieuse chez leurs malades de syndromes organiques à présentation habituellement solennelle : douleurs d'ulcus gastriques, points de côté pneumoniques... à peine accusés par le patient. Et, tout récemment, nous pouvions connaître l'observation d'une malade, pour laquelle le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne put être porté qu'en période ultime, encore que l'affection fût parvenue insensiblement au stade cavitairé manifeste.

Plus spécialement favorables au diagnostic sont les formes aiguës, celles à symptômes bruyants (hémoptysies...) ou dans laquelle le sujet attire l'attention sur des symptômes classiques au début de la forme chronique : toux, douleurs thoraciques plus ou moins précises, palpitations... ; mais en réalité, le plus souvent, c'est au médecin, aidé d'un personnel stylé et dévoué, qu'il appartient de *dépister* les cas en évolution.

Si toutes les formes de bacillose doivent être, dans

l'intérêt des sujets atteints, soupçonnées et reconnues, l'intérêt général et la prophylaxie utile recommandent surtout à l'attention du médecin les *formes ouvertes* de l'affection, et pratiquement, en particulier, les formes pulmonaires, accessoirement les formes intestinales.

Ce *dépistage*, basé le plus souvent sur des signes fonctionnels ou généraux — malgré l'infidélité des signes de l'imprégnation tuberculeuse chez les aliénés et la simulation des symptômes par d'autres causes — qu'il s'agit de mettre en relief doit s'exercer sur toutes les périodes évolutives de l'affection. S'il est facilité, à mesure qu'elle progresse, on ne doit pas moins considérer — l'exemple précité est typique — que toutes les périodes de la maladie peuvent être à dépister, et que le dépistage ne se confond aucunement avec le diagnostic de la tuberculose au début.

L'examen somatique complet des « entrants », indispensable à tant d'autres points de vue, reste ici particulièrement indiqué. Il est utilement complété par l'alitement systématique, fréquemment pratiqué pendant la première quinzaine d'observation, au minimum, alitement qui facilite non seulement l'examen médical et la mise en œuvre de nombreux moyens thérapeutiques, mais surtout permet, par une surveillance plus directe et précise, de la part du personnel, de constater l'existence de symptômes qui pourraient autrement passer inaperçus.

L'examen complet d'un malade nouveau fera noter avant qu'il soit procédé à la percussion et à l'auscultation classiques : l'aspect général — non caractéristique puisqu'il est des bacilloses florides — les traces d'amaigrissement, les troubles de la voix, la pâleur, la polymiéroadénopathie, les cicatrices d'adénites anciennes, en particulier à la région cervicale. L'obligatoire examen des pupilles et de leur réflectivité, en présence d'une inégalité ne s'accompagnant pas de rigidité, ni d'autres troubles de la série syphilitique, attirera spécialement l'attention.

À l'entrée, dans la quinzaine, ou tout au moins à un

moment aussi précoce que possible, cet examen doit se compléter des *anamnestiques* indispensables à toute observation psychiatrique : qu'ils soient recueillis oralement, lors des visites des proches, ou à défaut par une *fiche de renseignements* confidentiels, on n'oubliera pas de noter : chez les ascendants, descendants ou collatéraux, comme pour le sujet lui-même, les affections pleuro-pulmonaires antérieures, et toutes les manifestations possibles de la tuberculose, celle des affections débilitantes ou prolongées qui y prédisposent, en particulier celles de l'alcoolisme.

Chez les malades en traitement, le dépistage est plus délicat et, quelque attentif qu'il soit, le médecin chargé d'un service très peuplé ne saurait ici se passer du concours du personnel placé sous ses ordres. L'organisation méthodique du service remédiera à l'insuffisance numérique des agents : dans les services de femmes, les *fiches de menstruation* attireront l'attention sur un symptôme fréquent, l'aménorrhée, ou l'irrégularité des règles. La pesée méthodique des malades, pratiquée à intervalles réguliers et assez fréquemment, au moment des bains par exemple, suivie de la notation du *poids* sur une fiche où l'on peut souligner les déficits, est le moyen le plus précis pour dépister l'amaigrissement et le faire suivre de l'examen de ses causes.

L'anorexie, symptôme, non pathognomonique, mais capital en l'espèce, doit être remarquée et signalée au rapport rédigé chaque jour par les chefs de quartier et le surveillant. Ce dernier, on ne l'oubliera pas, est « spécialement chargé... d'assister à la distribution des aliments et de veiller à ce qu'elle soit faite conformément aux prescriptions des cahiers de visite... » (art. 103 du règlement modèle). C'est dire qu'à chaque malade doit être servie la part qui lui revient et que sa non consommation ne doit pas pouvoir passer inaperçue.

L'éducation du personnel doit être telle que, ces symptômes généraux aussitôt constatés, les infirmiers

noteront matin et soir la *température* du malade. Tant pour d'autres affections intercurrentes que pour la tuberculose, tout mouvement fébrile devient un élément d'appréciation.

Il n'est pas impossible que les infirmiers, qui doivent signaler les « tousseurs » ; sachent remarquer les transpirations nocturnes anormales : tel malade « mouille son lit » régulièrement qui n'accusait spontanément aucun trouble, et doit être observé attentivement.

L'atteinte de l'intestin par déglutition de crachats, de règle chez nombre de vésaniques et déments, lorsque la diarrhée n'amène pas d'évacuations très fréquentes, peut passer inaperçue ; l'attention du personnel, les taches du linge ou des vêtements sont d'un précieux concours.

Isolés ou réunis, ces symptômes doivent conduire le médecin à un examen spécial du malade. Mais même sans eux, c'est-à-dire sans l'aide de son personnel, il ne manquera pas, tant au cours de sa visite quotidienne qu'au cours d'un examen occasionnel (rédaction des bulletins de santé), ou d'un examen mental régulier de tous ses malades chroniques (annotations mensuelles au livre de la loi, rapports semestriels de maintenance), de remarquer lui-même les symptômes précédemment signalés, ou d'autres, moins fréquents peut-être, mais également importants : amaigrissement localisé au thorax, voix assourdie, voilée, bitonale...



Il n'y a pas lieu d'insister sur les conditions courantes de l'examen clinique, ni sur les symptômes et signes physiques qui conduiront :

a) Après dépistage des malades, émetteurs de germes, tuberculeux au début ou avérés.

b) A l'institution immédiate du traitement approprié.

c) Et à l'organisation des mesures de prophylaxie individuelle et collective destinées à écarter la contagion des sujets sains et surtout des sujets les plus réceptifs.

Il faut cependant souligner les difficultés d'appréciation, par exemple, entre autres, chez certains malades turbulents, incapables de se prêter utilement à l'auscultation, ou chez des négativistes, opposant une résistance systématique. Ces difficultés, et d'autres d'ordres divers, sont parfois telles que l'examen clinique même répété est inutile et que le diagnostic reste en suspens.

Ces cas nous amènent à dire un mot d'autres cas où il conviendrait, aussi, de pouvoir disposer des méthodes qu'on ne doit plus aujourd'hui appeler accessoires — puisque sans elles, actuellement, la plupart des phtisiologues n'affirment pas un diagnostic — à savoir : divers examens de laboratoires et la radioscopie.

Tout médecin doit être à même de pratiquer, lui-même tout au moins la recherche directe et répétée du bacille tuberculeux dans les crachats. Mais aussi tout asile d'aliénés doit posséder une installation centrale suffisante pour permettre un examen aussi simple (1). On comprend toute l'importance prophylactique de son résultat, puisqu'il donne en définitive la clef du problème : s'agit-il d'une *tuberculose ouverte* ? Dans les établissements possédant des internes, de telles recherches relèvent incontestablement de leurs attributions (2).

Si l'examen radioscopique est des plus utiles, parfois indispensable, il reste ici d'une application moins facile. On ne peut exiger de tout médecin d'asile de savoir le pratiquer correctement et d'en pouvoir apprécier le résultat dans tous les cas. On ne peut songer non plus, pour des raisons tant budgétaires que matérielles, à l'installation d'un poste radiologique dans nos établissements spéciaux, sauf exceptions rarissimes. Il n'en conviendrait pas moins de pouvoir recourir de plus en plus à ce moyen d'investigation, suivant les circonstances et les ressources locales, soit grâce à des installations privées ou hospitalières voisines (abonne-

(1) RAYNIER, R. I. G., 1923, p. 314 à 317 (laboratoires).

(2) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 90.

ments réduits... remboursements par les familles pour les pensionnaires), soit mieux grâce aux dispensaires spéciaux d'hygiène sociale.



Les *mesures prophylactiques* ne peuvent être complètement et utilement appliquées que si l'on garde présentes à l'esprit : les notions classiques essentielles de la contagion bacillaire et du rôle du terrain prédisposé.

La *contagion* est, on le sait : directe, par les produits d'expectoration, les gouttelettes de salive bacillifères projetées par la toux — ou indirecte, par transport de bacilles, imputables à des objets souillés par les crachats, ou à des vecteurs vivants (rôle des mouches).

Une mention spéciale doit être réservée à nouveau pour les malades atteints de troubles mentaux, qui nous occupent, à la tuberculisation du tube digestif par déglutition des crachats.

De même la possibilité d'absorber des produits alimentaires bacillifères (lait en particulier) conduit à envisager des mesures prophylactiques spéciales.

Du *terrain*, il faut retenir bien entendu, les antécédents des sujets, mais surtout ici la notion des conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent.

Ces dernières visant la PROPHYLAXIE COLLECTIVE ET GÉNÉRALE, mettent en jeu toutes les questions traitées par l'un de nous, dans son rapport 1923 sur l'assistance aux aliénés, à propos des diverses imperfections constatées dans quelques-uns de nos établissements spéciaux, en matière d'hygiène générale (bâtiments, approvisionnement en eau, évacuation des nuisances..., encombrement) ou individuelle (propreté corporelle, alimentation...), susceptibles d'augmenter la réceptivité ou de diminuer la résistance d'un asile et de ses hospitalisés dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Le renvoi à ce travail et aux principes qu'il a essayé

de dégager en matière de constructions et bâtiments, d'organisation et de fonctionnement, de prophylaxie générale et spéciale, nous permet de ne viser rapidement ici que quelques données générales, pourrait-on dire, classiques, et qui en somme ne concernent pas seulement la prophylaxie de la tuberculose mais constituent des règles de base à l'organisation même de tout établissement hospitalier.

On reverra entre autres notions, ici résumées, les quelques points ci-après :

— Choix de la situation géographique (relief du sol) ; salubrité du climat et du terrain, règles de la construction de tous les locaux, à doter au maximum d'air, de lumière et de soleil ; surveillance des installations sanitaires ; adaptation des aménagements intérieurs : aération permanente des salles, d'un cubage et surtout d'une superficie suffisante ; suppression des angles et saillies inutiles ; parquets lavables ; modes de chauffage et d'éclairage, etc...

— Calcul exact des limites des places réglementaires ; suppression de l'encombrement par tous les moyens possibles (agrandissements, transferts, colonies familiales, etc...).

— Surveillance de la propreté des salles, du mobilier et spécialement de la literie : « la bonne tenue des salles et des quartiers » relève de l'autorité du médecin (art. 59 du règlement modèle).

— Surveillance de la propreté corporelle ; nécessité de la fréquence du change du linge ; des bains généraux ; de la toilette quotidienne ; toutes mesures d'ordre élémentaire qui restent encore parfois radicalement insuffisantes.

— Réglementation et surveillance du travail (surmenage), à propos duquel le rôle du médecin chef de service est à rappeler (1) ; des promenades et des heures passées au grand air.

— Surveillance assidue du régime alimentaire, qui doit être suffisamment substantiel et varié, comporter des aliments sains, non altérés, de la viande quoique

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 316 à 318.

sans excès, du lait, des œufs, de la viande crue, des mets de remplacement ou de supplément (art. 135 du règlement modèle). L'utilisation parfaite de la ration alimentaire appelle l'attention sur la surveillance des réfectoires, des distributions des repas et de l'alimentation des malades à appétit capricieux ou atteints de troubles mentaux prédisposant à la tuberculose, ainsi que sur les soins dentaires, inconnus ou négligés dans de trop nombreux établissements.

Une organisation bien appropriée au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie générale des maladies transmissibles « par amélioration du terrain » ne demanderait que peu de compléments pour réaliser la cure des tuberculoses reconnues, cure dont les éléments essentiels sont : le repos, l'aération, l'alimentation adéquate. Il est inutile d'insister aussi sur l'importance d'une telle organisation pour le traitement des affections mentales (et générales) que nous indiquions plus haut comme prédisposant à la tuberculose.

A ces mesures, rigoureuses et constamment vigilantes, nécessaires à la prophylaxie générale — dont l'importance ne saurait être assez soulignée, puisqu'aussi bien on sait qu'en matière de tuberculose le bacille est loin d'être tout, et qu'il a à compter le plus souvent avec la résistance des organismes vigoureux et bien nourris, en possession de moyens de défense victorieux qui font défaut aux anémiés, surmenés et malades, vivant en milieux peu hygiéniques, dans l'air confiné, aux miséreux physiologiques sous alimentés, aux alcoolisés — doivent s'ajouter celles qui constituent la PROPHYLAXIE SPÉCIALE, c'est-à-dire la lutte directe contre le bacille de Koch.

En résumant tout d'abord les précautions essentielles concernant la protection contre l'ingestion de produits alimentaires bacillifères, il y a lieu d'accorder une mention toute spéciale au lait (doit être toujours consommé après ébullition) et à ses dérivés ; et parmi les viandes

de consommation à celle des bovidés et du porc. Leur contrôle doit s'exercer, non seulement lorsque ces produits sont fournis par des adjudicataires, mais lors même qu'ils proviennent de l'établissement.

Dans ce cas, il y a lieu de surveiller tout particulièrement la construction et l'hygiène des étables, porcheries, abattoirs spéciaux, l'alimentation des animaux (porcs : petit lait et résidus alimentaires infectieux) ; d'établir une surveillance vétérinaire (réactions à la tuberculine des vaches laitières..., qualité des viandes fournies) ; d'user des dispositions législatives et réglementaires spéciales à la matière (1).

Quant à la lutte principale, contre les *bacilles d'origine humaine*, elle se résume en ces notions fondamentales :

— Leur destruction (spécialement, en pratique, de ceux émis par les expectorations de tuberculeux pulmonaires, à lésions ouvertes, qu'il s'agit absolument de rendre inoffensives).

— Les précautions à prendre contre la dissémination des bacilles non détruits (crachats frais et desséchés).

— Les précautions générales que doit observer le personnel.

— L'isolement nécessaire des malades tuberculeux « ouverts » ou *contagieux*.

DESTRUCTION DES BACILLES. — La « défense de cracher à terre », l'installation de crachoirs communs, prescrite pour les asiles par la circulaire du 15 juin 1901, n'apparaissent pas comme des moyens dont la réalisation y puisse être pratiquement généralisée dans des conditions toujours faciles ou efficaces. Nombre de malades, du fait de leur affaiblissement psychique, de leur opposition, de leur turbulence..., ne peuvent être soumis aux règles indispensables. Dans certains cas, d'autre part, les crachoirs collectifs, mobiles pour faciliter leur désinfection, n'ont-ils pas pu servir de fâcheux projectiles à des hospitalisés violents ?

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, notes p. 293 et 294. RAYNIER, R. I. G. 1923, p. 287 à 289.

Pour la destruction des bacilles à l'émission, les *cra-choirs individuels*, fermés, de modèle facile à nettoyer et à désinfecter par stérilisation par la chaleur, peuvent être utilisés plus aisément, tout au moins par les sujets calmes et alités. Encore sera-t-il prudent de n'y pas verser de solutions microbicides odorantes et surtout toxiques : par précaution contre les intoxications par ingestion, ou contre les tentatives de suicide.

Dans les cas de tuberculoses intestinales, fréquentes dans les établissements d'aliénés, les *selles* auraient de même à être recueillies dans des bassins où elles resteraient en contact suffisant avec un désinfectant approprié.

Il en irait de même pour la « collecte » d'autres *produits pathologiques bacillaires d'origine extra-pulmonaire* (pus d'abcès froid...) devant être soumis à destruction.

La désinfection des *vêtements*, des *linges* souillés (en particulier mouchoirs, taies d'oreiller...) doit être opérée très méticuleusement : ceux-ci seront recueillis dans des récipients spéciaux métalliques et couverts (seaux claves), trempés dans des bacs antiseptiques et stérilisés à part par ébullition.

Il sera prudent d'utiliser pour les aliénés tuberculeux *vaisselle et couverts personnels*, plus soigneusement encore que les autres soumis à l'ébullition (eau additionnée de carbonate de soude) après chaque emploi (destruction ou stérilisation de leurs restes alimentaires).

La désinfection des *locaux* sera particulièrement surveillée : lavages efficaces et lessivages fréquents des parquets et murs, blanchissage à la chaux des salles utilisées en permanence, formolage des salles d'isolement passagèrement occupées par des tuberculeux...

Les *lits* seront soit flambés, soit lessivés et nettoyés avec des solutions antiseptiques chaudes. La *litterie* (comme les vêtements) sera passée à l'étuve.....

Ces diverses *opérations de désinfection* nécessaires, dans le but d'atteindre autant que faire se peut le bacille partout où il a pu être émis et où il peut résider

et se conserver, sur lesquelles point n'est besoin d'insister davantage, devront ainsi que toutes autres (livres...) être effectuées par les procédés techniques, indiqués notamment par le décret réglementaire du 10 juillet 1906, sur l'organisation et le fonctionnement des services publics de désinfection et ses instructions annexes, mises au point s'il y a lieu, en tenant compte des perfectionnements et acquisitions scientifiques ultérieures.

Elles supposent une bonne organisation dans l'asile lui-même des services de buanderie, de désinfection en cours et en fin de maladie, du service d'étuvage... pour l'aménagement, le fonctionnement et le contrôle desquels nous avons eu l'occasion, ailleurs, de préconiser la nécessité pour les asiles de se tenir en contact avec les services de protection de la santé publique et avec leur chef spécialisé, l'inspecteur départemental d'hygiène.

DISSÉMINATION DES BACILLES. — On l'évitera par l'observation rigoureuse des prescriptions élémentaires classiques : proscription des *rideaux et tapis* encore trop largement utilisés dans certains « pensionnats » ; « *interdiction absolue du balayage à sec* » (circulaire du 20 mars 1920) ; large ouverture des fenêtres pendant les opérations de nettoyage à effectuer toujours par voie humide, exposition de la literie au soleil.....

Une mention spéciale doit être réservée à la dissémination par les êtres vivants et en particulier par les mouches. Des asiles constituent des agglomérations, où les systèmes imparfaits d'évacuation, les dépôts d'immondices plus ou moins clandestins, la présence des étables, porcheries, bergeries... favorisent la pullulation de ces insectes. Une circulaire (Hygiène) du 15 avril 1922, en indiquant les moyens, recommandait : 1°) la destruction des œufs et des larves, 2°) la destruction des mouches adultes : évaporation de crésyl, papiers tue-mouches, formol, bouteilles, poudre de pyrèthre..... Il convient d'ajouter à ces mesures la protection rigoureuse des « matières » alimentaires, surtout dans les cuisines et leurs annexes, tous locaux dont la propreté doit être constamment irréprochable.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE PAR LE PERSONNEL. — La propreté, de même que la sélection sanitaire méticuleuse du personnel et des malades aidant ce personnel, ne sont pas seulement de rigueur dans les cuisines, elles doivent être observées, de même, dans tous les magasins, la laiterie, la boulangerie... dont beaucoup d'asiles sont pourvus, encore plus soigneusement que dans divers ateliers des services généraux.

Des recommandations spéciales s'adressent aux buandières et à la buanderie, où les linges souillés recueillis avec les précautions adéquates, auxquelles il a été précédemment fait allusion, triés par voie humide, doivent être soumis à un traitement spécial portant destruction totale du bacille par la chaleur.

Il n'est pas enfin superflu de rappeler la nécessité, plus particulièrement pour les infirmiers en contact avec les tuberculeux (spécialiser les plus robustes), du fréquent savonnage des mains, du *port de la blouse* (circulaires des 15 juin 1901 et 20 mars 1920), ainsi que celle de son enlèvement avec « toilette des mains, du visage et de la bouche avant les repas ».

Le médecin d'asile dont le personnel a pu payer parfois un lourd tribut à la tuberculose, doit l'instruire de tous les moyens propres à éviter la contagion, faire patiemment son éducation à ce point de vue, exiger la tempérance, porter à sa connaissance (affichage, règlement particulier...) l'ensemble des prescriptions nécessaires, et veiller à ce qu'elles soient exécutées.

ISOLEMENT DES TUBERCULEUX. — Ce terme constitue en définitive le nœud de la question : Un aliéné propagateur de bacilles ne devant surtout jamais être laissé en contact avec un psychopathe aigu ou curable. L'isolement strict reste, dans les asiles, particulièrement difficile à réaliser.

On peut se demander si l'ordonnance de 1839 (art. 22), antérieure à l'ère bactérienne pastoriennne et à la découverte de Koch (1882), pouvait avoir en vue l'affection, le plus souvent chronique, que nous envisageons ici, en prescrivant « des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles ».

Mais le Ministre de l'Intérieur (circulaire du 15 juin 1901) invitait les préfets à prescrire « autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculisés ». Plus tard (circulaire du 15 janvier 1904), il rappelait les résolutions votées par la commission permanente de la tuberculose dans sa séance du 19 décembre 1903 :

« 1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux.

« 2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur sont exclusivement consacrés.....

« 3° Dans les villes où l'affectation aux tuberculeux d'un hôpital tout entier est impossible, *des quartiers distincts leur seront exclusivement réservés.*

« 4° Même dans le cas où l'on ne pourra faire ni hôpital, ni quartier spécial, les tuberculeux ne devront pas être soignés dans la même salle que le non-tuberculeux. »

Enfin pour les *asiles publics d'aliénés*, spécialement, le Ministre de l'Hygiène dans sa circulaire du 20 mars 1920 revenait sur cet objet :... « *Isolement des tuberculeux dans les salles spéciales, c'est la plus essentielle de toutes les précautions, c'est peut-être celle qui est habituellement la plus négligée. C'est celle que je crois devoir vous recommander plus particulièrement de faire observer.* »

Si donc, tant du point de vue technique que du point de vue administratif, le *principe de l'isolement des tuberculeux contagieux* ne saurait faire question, son mode d'application reste souvent difficile à réaliser et soulève des questions de détail toutes particulières.

M. Sérieux (1) rappelait à ce sujet : « La question des mesures à prendre contre la tuberculose dans les asiles est complexe. L'isolement complet du tubercu-

(1) SÉRIEUX, *loc. cit.*, p. 448.

leux peut avoir, pour certains, de fâcheux résultats au point de vue de l'état mental. D'autre part, peut-on se contenter d'isoler ceux qui sont alités et, pour ceux qui se lèvent, de les faire coucher dans un dortoir spécial, en les laissant en contact avec les autres malades dans la journée ? Il est *certain*s quartiers où les tuberculeux ne devraient jamais être admis, par exemple le pavillon de surveillance continue, qui renferme une grande proportion de malades curables, où l'attention du personnel est occupée par les soins à donner aux sujets atteints de *psychoses aiguës*, où se trouvent des aliénés affaiblis, qui refusent les aliments et qui, par suite, sont plus exposés que d'autres à la contagion. »

De multiples questions d'espèce peuvent se poser encore ; isolement éventuel au cours des visites et promenades, aux parloirs, au cours du travail... dans certaines circonstances toutes spéciales, comme dans le cas signalé par l'un de nous (1).

Et l'on a pu proposer diverses solutions, toutes présentant avantages et inconvénients : asiles régionaux spécialisés (2), quartiers ou salles distinctes, chambres et boxes d'isolement, usage du pavillon de contagieux lorsqu'il en existe et qu'il n'est pas utilisé... ; sans aboutir à des réalisations d'ensemble notables.

Bref, ainsi que l'indiquait en résumé l'un de nous dans le rapport 1923 de l'Inspection générale : « *La question de l'isolement reste à peu près entière. Il ne faut pas se dissimuler d'ailleurs certaines difficultés de la stricte prophylaxie. Elles tiennent à la catégorie des malades d'asile, sur lesquels bien souvent l'éducation hygiénique ne peut avoir aucune prise, qui ne peuvent être touchés par l'interdiction de cracher par terre... et dont l'état mental surajouté nécessite des installations diverses.*

« L'isolement en salles spéciales ne répond pas pleinement du reste aux exigences prophylactiques d'une

(1) R. I. G., 1923, p. 285.

(2) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 38.

tuberculose ouverte puisqu'il ne peut s'opposer à la dissémination des crachats que pour les malades alités et qu'il laisse en dehors de son action ceux qui peuvent circuler dans les locaux de jour et dans la cour. Aussi le *quartier spécial* serait préférable pour assurer, dans tous ses détails la lutte antituberculeuse, mais il se heurte à des difficultés de réalisation plus ou moins motivées. Parmi les arguments qui ont été présentés il a pu être noté : le peu d'importance de l'établissement et le nombre assez restreint de ses tuberculeux contagieux ; le précédent des pavillons d'isolement des maladies transmissibles construits à grands frais et généralement distraits de leur objet ou inoccupés ; l'impossibilité de disposer, sans constructions nouvelles ou sans immobiliser un trop grand quartier, indispensable par ailleurs, de locaux adaptés à leur destination ; la nécessité de ne pas réunir simplement pêle-mêle, et sans les sectionnements indispensables, des tuberculeux qui peuvent être soit déprimés, soit agités, bruyants ou malpropres, etc...

« Quels que soient les obstacles, tenant aux bâtiments ou à d'autres causes, ils ne dispensent pas de l'effort qui s'impose impérieusement. Il y aurait lieu de susciter des propositions tendant à des créations locales ou interdépartementales et de les encourager. Il semble possible, en tout cas, de faire autre chose et mieux, que dans beaucoup d'asiles où la question n'a pas été retenue avec l'intérêt qu'elle comporte, et de tenter tout de suite, sans se retrancher derrière l'étude de grands projets — ne serait-ce que par la série des mesures prophylactiques plus courantes, plus faciles à mettre en œuvre et à appliquer — d'obvier aux déféctuosités de la situation. Surtout il ne faut pas que les tuberculeux émetteurs de bacilles continuent à séjourner en salle commune ou dans les sections de malades aigus et curables et que les mesures de désinfection qui s'imposent à leur sujet échappent à l'attention. »

En terminant, sans vouloir insister sur la diversité du rôle social du médecin d'asile, on peut souligner son importance au point de vue tout spécial que nous avons envisagé dans cet article.

On n'oubliera pas notamment — toutes réserves faites sur les obligations du secret professionnel — les problèmes que pose la *sortie* d'un malade guéri ou mentalement amélioré et porteur de lésions tuberculeuses en évolution ; la nécessité des rapports spéciaux qui doivent, pour la protection de l'entourage, s'établir avec la *famille des aliénés* chez qui la tuberculose est décelée à l'asile (à l'entrée, au cours des consultations pour le *traitement externe*...) ; l'obligation de se tenir en contact avec l'inspecteur départemental d'hygiène (déclaration médicale facultative de la tuberculose) et avec les organismes et *dispensaires spéciaux de préservation antituberculeuse*...

On devra considérer que doit s'élargir la notion d'assistance lorsqu'il y a lieu de combattre par tous les moyens possibles l'*encombrement* de nos établissements spéciaux.



Mais la mise en œuvre des moyens thérapeutiques et prophylactiques indispensables n'est pas une œuvre exclusivement médicale. Ils nécessitent une organisation générale et des installations diverses où interviennent forcément et la *vigilance des administrateurs*, et l'attention des assemblées chargées du *vote des budgets*.

La collaboration médico-administrative est de tous les instants (1). Nous ne saurions y insister ; non plus que sur les hésitations budgétaires qu'on a pu relever dans l'ordre d'idées qui nous occupe et qui, malgré les difficultés de l'heure présente, ne sauraient aboutir en fin de compte qu'à réaliser ce qu'on a pu justement appeler des « économies coûteuses ».

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, *loc. cit.*, p. 135.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 29 DÉCEMBRE 1924

Présidence : M. TRUELLE, Président

MM. Borel, Demay, Eissen, Quercy, Rayneau, Daniel Santenoise, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 24 novembre 1924.

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. Antheaume, Mignard, Raymond Mallet, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

une lettre de M. le D^r A. Souques, secrétaire général du Comité d'organisation du Centenaire de la naissance de Charcot, invitant les membres de la Société Médico-Psychologique à participer aux cérémonies et travaux qui auront lieu à cette occasion et à l'occasion du 25^e anniversaire de la fondation de la Société de Neurologie.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des paroles suivantes prononcées à l'inhumation de M. le D^r Ch. Vallon :

MADAME,

C'est avec une émotion profonde que tous ceux qui le connaissaient ont appris coup sur coup la brutale maladie, l'opération, puis, hélas ! la mort de M. le Docteur Charles Vallon. Au nom des membres de la Société Médico-Psychologique, permettez-moi, Madame, de vous dire, en même temps que notre douloureuse sympathie, toute l'admiration respectueuse qu'avait sur nous inspirer notre si éminent collègue. Puisse cette estime générale dans laquelle il était tenu apporter, s'il est

possible, quelque adoucissement au deuil cruel qui vous frappe.

Je ne redirai pas la carrière si remarquablement unie, comme un droit chemin qui monte, du Docteur Charles Vallon. Je voudrais seulement rappeler comment, interne de Dagonet à l'asile Ste-Anne en 1878, il devint quatre années plus tard chef de clinique du P^r Ball, puis médecin-chef en 1885 à l'asile de Villejuif, enfin médecin-chef à l'asile Ste-Anne, dans ce même service des hommes où il avait débuté comme interne.

En même temps qu'il parcourait si régulièrement cette carrière médico-administrative, Vallon acquérait une notoriété scientifique de plus en plus grande. Les distinctions, les honneurs, et aussi les charges nouvelles, allaient à lui dans la même marche ascendante, que justifiaient ses solides qualités cliniques, la rectitude de son jugement, la droiture de toute sa vie, et aussi son inlassable dévouement. Nommé successivement médecin-expert près le Tribunal de la Seine et la Cour d'Appel de Paris, médecin-inspecteur des Aliénés à la Préfecture de Police, membre de toutes nos Sociétés Savantes et de toutes nos Associations professionnelles, Vallon, dès 1906, avait été élu Président de la Société Médico-Psychologique ; il devait présider aussi la Société de Psychiatrie à la fondation de laquelle il avait puissamment contribué, la Société de Médecine Légale dont jusqu'à sa dernière heure il fut un des membres les plus assidus et les plus écoutés, le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de langue française, et enfin l'année dernière le Congrès de Médecine légale.

C'est qu'en effet, bien que devenu médecin honoraire des Asiles de la Seine par le jeu de la fatale loi de l'âge, bien qu'ayant été grièvement blessé par un malade de son service, notre collègue avait jusqu'au dernier jour conservé toute son activité, toute son ardeur au travail, toute sa foi aussi dans le rôle souvent ingrat du médecin d'asile et de l'expert psychiatre.

Sur ce dernier terrain, en médecine légale psychiatrique, Vallon, grâce à sa connaissance approfondie des malades, grâce à la droiture de son esprit, grâce à la finesse de sa critique, grâce aussi à sa haute valeur

morale, Vallon avait justement acquis le premier rang parmi nous, et au Palais une situation prépondérante que nul ne songeait à lui contester.

De son ardeur au travail que l'âge n'avait en rien diminué, de son dévouement à la chose publique plus désintéressé qu'il n'est commun d'en voir, notre collègue avait donné une nouvelle preuve pendant l'horrible guerre que nous venons de subir. Mobilisé dès le premier jour, il fut bientôt, grâce à sa compétence universellement reconnue, attaché comme expert au Val-de-Grâce et aux Conseils de Guerre du Gouvernement militaire de Paris. La somme fabuleuse de travail qu'il produisit alors, seuls peuvent la connaître ceux qui l'ont approché pendant cette période, ou qui ont eu la bonne fortune de collaborer avec lui. Aussi furent-ils cent fois mérités le grade de médecin principal de seconde classe et le titre d'officier de la Légion d'Honneur que ses inappréciables services rendus lui méritèrent.

Que dire de plus ? Le Docteur Charles Vallon restera dans notre souvenir comme un exemple ineffaçable que chacun doit s'efforcer de suivre ; il fut de cette élite dont tous les collègues peuvent dire : Sa perte nous diminue.

M. Ch. Vallon ayant été président de la Société Médico-Psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

A la reprise de la séance, la Société se constitue en Assemblée Générale.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le Rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier, comme cela a lieu d'ordinaire.

Au sujet de l'augmentation du loyer du local des séances, notre trésorier, M. Raymond Mallet, ne pouvant assister à la séance, m'a écrit que pour l'année 1925, la situation financière de la Société permettait de faire face à cette augmentation.

ELECTIONS :

En remplacement de M. Roubinovitch, vice-président, qui devient de droit président de la Société pour 1925, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election d'un Vice-Président

Nombre de votants : 21.

Ont obtenu :

MM. Sollier	17 voix, élu.
Leroy	2 —
Simon	1 —
Bulletin blanc	1

M. le D^r Sollier est élu vice-président pour l'année 1925.

Election d'un secrétaire général

M. le D^r Henri Colin est réélu secrétaire général avec 19 voix.

Election des secrétaires des séances

MM. Mignard (21 voix) et Charpentier (18 voix) sont réélus secrétaires des séances.

Election du trésorier

M. Raymond Mallet (20 voix) est réélu trésorier.

SÉANCE ORDINAIRE

Rapport de Candidature

M. CAPGRAS. — Au nom de votre commission composée de MM. Leroy, Raynier et Capgras, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport sur la candidature de M. Beaudouin au titre de membre correspondant.

Externe des hôpitaux de Paris, interne à l'hôpital de St-Germain-en-Laye, nommé au concours de 1909, Docteur en médecine de la Faculté de Paris en 1912, M. Beaudouin, après ces fortes études de médecine générale, se spécialisa dans la psychiatrie en 1912.

Interne bénévole des asiles d'aliénés de la Seine en 1912, il fut titularisé au concours de 1913. Il était interne dans mon service quand éclata la guerre, au cours de laquelle, entre les séjours au front, il put se rendre utile dans quelques centres de psychiatrie. La guerre finie, il redevint pour moi un précieux collaborateur à l'asile de Maison-Blanche et fut reçu le premier au concours d'adjuvat de 1920. Nommé d'abord à l'asile d'Angoulême, il est actuellement chef de service à l'Asile de Clermont, Oise.

Il a publié de nombreux travaux. En médecine générale : à la Société médicale de l'Yonne, *Rubéole* (55 observations), *Syndrome malin au cours d'une angine* ; à la Société médicale de la V^e région, *Plaie artérielle sèche de la Fémorale*, — *Pneumonie franche et pleurésie séro-fibreuse consécutive*. En neuro-psychiatrie : *Monoplégie corticale*, — *Main figée*. *Troubles symétriques antérieurs*, — *Emotivité constitutionnelle* (12 observations), en collaboration avec le Docteur Laubry. A la Société Clinique de médecine mentale : en collaboration avec le D^r Leroy, *Un cas de manie chronique d'emblée*, — *Etat circulaire chez une p. g.*, — *Accès confusionnel chez une épileptique* ; avec le Docteur Capgras, *Deux cas de p. g. atypiques*, — *Un cas de tumeur du lobe frontal gauche*. Il a présenté en outre, soit ici, soit à la Société Clinique, des communications intéressantes sur un *Délire d'influence terminé par la guérison des réactions atypiques d'aliénés* (incendie mélancolique, suicide maniaque), un *Délire de supposition avec paroxysme interprétatif*, une étude sur l'*hypertrophie des glandes salivaires* (avec G. Demay et M. Crappe), des recherches importantes sur la *Tension artérielle au cours d'états dépressifs*.

Dès la soutenance de sa thèse sur les *Hôpitaux de province et leur internat en médecine*, M. Beaudouin s'était intéressé aux questions administratives dans leurs rapports avec la clinique. Les asiles d'aliénés lui fournirent maintes occasions de poursuivre ces études. Il résolut d'en faire profiter ses collègues. D'accord avec son ami M. Raynier, Inspecteur général des services administratifs, il se spécialisa dans ces ques-

tions difficiles, sans jamais perdre de vue l'application pratique, c'est-à-dire le lien étroit qui, en psychiatrie plus qu'ailleurs, unit et subordonne à la Clinique, au malade, l'administration, la réglementation, la législation. De ce souci, essentiellement médical, sortirent d'abord des articles signés des deux éminents collaborateurs : *un aperçu historique sur l'assistance des aliénés; la responsabilité des médecins d'asile; la réglementation des autopsies*, et enfin une œuvre capitale, *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique. Assistance, législation, médecine légale*, gros volume de 509 pages, couronné par l'Académie de médecine (Prix Baillarger, 1922).

« Cette œuvre, écrit le Docteur Sérieux dans un analyse récente, est une vaste encyclopédie médico-administrative, remarquable par l'érudition et l'étendue des connaissances, plus remarquable encore par la méthode et par la justesse du jugement. Dominant la masse énorme de leurs matériaux, les auteurs ont réussi à les classer avec ordre, à en exposer l'essentiel avec clarté; rompus avec les difficultés de la casuistique psychiatrique, ils élucident les questions obscures, ils dégagent l'interprétation décisive. Grâce à leur travail dans tel cas épineux, le lecteur ne se trouvera pas seulement devant des textes légaux ou administratifs; il pourra consulter des conseillers admirablement informés. Leurs judicieux commentaires suggéreront les décisions les plus sages. » On ne saurait mieux dire et, après un tel éloge, on ne peut que s'étonner que le Docteur Beaudouin ne soit pas encore des nôtres.

Personnellement j'ai pu apprécier M. Beaudouin en de nombreuses circonstances; connaissant son sens clinique, son dévouement aux malades, son attachement à la psychiatrie, je suis heureux que l'occasion me soit offerte de vous exposer ses mérites et de vous demander de lui donner, en attendant mieux, le titre qu'il sollicite.

Election : Après lecture du rapport de M. Capgras, M. Beaudouin est élu membre correspondant de la société avec 20 voix sur 21 votants.

Mélancolie, obsessions et syndrome d'influence

Par MM.

Henri CLAUDE, René TARGOWLA et Mlle M. BADONNEL

Le fait suivant nous a paru présenter quelque intérêt en raison de son mode d'évolution. Il montre comment, chez une malade dépourvue de prédisposition apparente, un syndrome de mélancolie anxieuse et délirante grave ayant atteint progressivement son acmé a rétrocedé peu à peu et abouti à la guérison en passant par une étape intermédiaire d'obsessions et d'influence, développée à la faveur du processus de régression mélancolique. Cette allure clinique exceptionnelle permet de faire l'analyse de la psychose et de préciser une modalité pathogénique particulière du syndrome d'influence.

Mme M., âgée de 46 ans, couturière, entre dans le service de la Clinique, le 10 mai 1924.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Elle-même n'a jamais eu antérieurement de troubles mentaux. En particulier, nous n'avons relevé dans son passé aucune manifestation, même discrète, de périodicité. Enfant, elle était peureuse et de tout temps s'est montrée impressionnable. Elle aurait présenté quelques scrupules vagues et passagers, mais n'a jamais eu de craintes superstitieuses, d'obsessions, de phobies. Nullement douteuse, elle était d'humeur égale, plutôt gaie; divorcée en raison des mauvais traitements que lui faisait subir son mari, elle a témoigné d'une réelle énergie pour parvenir à élever convenablement ses deux enfants. (Ceux-ci sont bien portants).

Elle a eu deux enfants, bien portants.

Les troubles actuels sont survenus assez rapidement en septembre 1923. A cette date, elle a de vives préoccupations, une voisine l'ayant menacée par jalousie de divulguer à son fils aîné les visites d'un ami qu'elle désirait cacher. Elle présente alors progressivement un état d'anxiété diffuse, avec tristesse, dépression, inactivité. Elle a peur de tout pour ses enfants et pour elle-même. On lui veut du mal, on veut la faire disparaître. On la suit, dans la rue, on doit se cacher dans sa maison pour la tuer. Elle croit trouver un goût doux à la nourriture.

Ces idées délirantes n'offrent aucune systématisation. Elle ne sait exactement ni par qui, ni pourquoi elle est menacée. D'ailleurs, elle a vaguement conscience d'un état morbide et, de temps en temps, exprime un doute sur la réalité de ces idées : « Cela me fait l'effet d'être ainsi », dit-elle. A partir du mois de mars 1924, elle emploie pour sauver ses enfants, certains procédés de défense : elle dispose tout en paquets de trois afin de conjurer le sort ou fait des achats d'une valeur exprimée, selon les cas, en nombres pairs ou impairs. A l'asile, n'ayant plus d'objets à sa disposition, elle les remplace par un morceau de papier qu'elle déchire en un certain nombre de fragments dont elle fait ensuite des paquets. Ces gestes pour être efficaces doivent être accomplis dans un délai déterminé. Elle ne peut en donner aucune explication. Elle sent qu'elle doit agir ainsi, mais n'a pas à cette époque le sentiment qu'on lui suggère ces idées.

Elle n'a plus de goût pour s'occuper de quoi que ce soit et son inquiétude s'accroît de plus en plus. Elle se sent étreinte comme par un étai, par un maillot de caoutchouc très fort. Elle ne dort plus. Par moments cet état s'exaspère et en cours d'un raptus anxieux elle fait une tentative de défénestration.

A la fin de mai, l'état dépressif s'accroît, en particulier la lenteur de l'idéation. Elle fait de grands efforts pour répondre aux moindres questions ; elle se trompe de trois ans quand on lui demande son âge ; elle ne sait pas depuis combien de temps elle est internée, retrouve péniblement son adresse. Elle réclame ses enfants, veut aller auprès d'eux. Elle n'est pas malade. Elle ne comprend rien. Elle refuse parfois de s'alimenter parce qu'elle croit faire du mal à ses enfants en mangeant certaines choses. Elle se cache, ne veut voir personne, mais les médecins viennent la voir quand même, parce qu'ils connaissent sa pensée, pour la tourmenter.

Depuis le mois de mai, les règles ont disparu.

En juillet, l'état de Mme M., s'améliore peut à peu. L'idéation devient plus active, la malade se rend compte des troubles qu'elle a présentés, le sommeil se rétablit.

Néanmoins des troubles persistent. Examinée le 11 novembre, Mme M., nous dit que parfois, surtout la nuit, elle a encore des moments d'anxiété. Elle a peur qu'on fasse du mal à ses enfants. Elle cherche à refouler cette idée en pensant à autre chose, et y parvient. Mais l'idée revient fréquemment sans s'imposer chaque fois pendant longtemps à son esprit. « Il me semble, dit-elle, que c'est quelqu'un

qui a pris ma volonté, qui m'oblige à penser à ces choses-là. » Elle a l'impression que ce sont les docteurs. Il lui semble aussi que toute le monde connaît sa pensée et qu'on la fait agir malgré elle. « Je sens que mes gestes sont prévus ; au contraire, moi je n'arrive pas à prévoir les gestes que je vais faire et qui me paraissent contraires à ce qui devrait être. Tout ce que je fais, je le fais avec crainte. » Elle discute à propos de chaque acte, se demande si elle doit l'accomplir ; au moment où elle va agir elle a peur de nuire, hésite et se dit que son hésitation est stupide. Finalement après l'action elle craint encore d'avoir fait du mal et croit saisir autour d'elle un mouvement de réprobation. Lorsqu'elle agit il lui semble qu'elle est attirée dans un guet-apens. Elle a encore, bien que plus rarement, des idées obsédantes : le côté gauche ou le côté droit alternativement doivent porter chance. Le côté gauche, où est le cœur, est celui de ses enfants. Certains jours elle hésite, se demande si, se servant de la main gauche, partant du pied gauche, tenant la rampe gauche de l'escalier, elle fait du bien ou du mal à ses enfants et s'il n'est pas préférable d'utiliser le côté droit, qui est le sien. Elle donne aux faits une signification : quand elle entend la nuit une auto corner à deux reprises c'est que ses deux enfants existent encore. Une autre malade écrit une lettre et la déchire ; elle donnerait tout ce qu'elle a pour reconstituer cette lettre tant elle est convaincue qu'il va arriver un malheur à son fils. D'ailleurs, cette femme n'est pas une malade ; elle est placée là afin de la surveiller et de la faire disparaître.

Par contre, elle n'a jamais le sentiment qu'on l'empêche d'exécuter un acte.

Il y a enfin, lui semble-t-il, des faits et gestes qu'elle ne comprend pas : « les autres malades, les infirmières qui sont autour de moi comprennent des choses qui devraient m'être claires également et que je ne saisis pas. Ici ce serait comme une école de muets où il faudrait deviner par gestes. »

Elle ne se sent pas véritablement triste mais elle éprouve de l'ennui. Elle n'a pas retrouvé l'humeur qu'elle avait auparavant. Elle travaille mais elle n'ose pas encore lire parce que dans les premiers temps qu'elle était malade elle croyait que tout ce qu'elle lisait allait arriver à elle ou à ses enfants. Elle ramassait tous les papiers imprimés qu'elle trouvait croyant qu'on les avait laissés traîner à son intention.

Elle cherche à se rassurer au sujet des phénomènes qu'elle éprouve : « Tout cela est un état maladif, alors ? Vous me

l'affirmez ? ». Peu à peu, elle s'efforce de combattre ces idées d'influence de la même façon qu'elle lutte contre les craintes obsédantes qui surgissent parfois dans son esprit. Elle reprend, nous dit-elle, une certaine maîtrise d'elle-même qu'elle n'arrivait pas à obtenir auparavant. Elle a encore l'impression que ses pensées sont connues ; mais elle se rend compte qu'elle ne peut justifier logiquement cette impression. Elle a beaucoup de peine à expliquer comment elle lui vient à l'esprit : c'est une chose qu'elle sent. « Je veux arriver, dit-elle, à prendre le dessus, à me maîtriser ».

Actuellement, elle est très améliorée, apprécie exactement le caractère pathologique de son état et escompte la guérison prochaine (1).

Il s'agit en somme d'un cas de mélancolie d'involution. Il a été impossible de retrouver dans les antécédents de manifestation maniaco-dépressive ou simplement cyclothymique. D'autre part, il semble que l'accès ait été déclenché par un choc émotif, réserve faite en ce qui concerne l'état de réceptivité de la malade à ce moment. Or, le fait d'avoir une cause apparente a été considéré comme un caractère de la mélancolie essentielle et une telle observation viendrait à l'appui des conceptions qui ne font pas rentrer tous les cas de mélancolie dans le cadre de la folie périodique ; en particulier, le cas présent tendrait à légitimer la première opinion de Kraepelin, lequel faisait de la mélancolie d'involution un groupe nosographique indépendant.

Dans l'état actuel de nos connaissances, cette question est d'un intérêt tout théorique et la clinique seule est impuissante à la résoudre. C'est sur d'autres points de notre observation que nous voulons insister.

L'évolution de ce cas a été assez particulière et on pourrait la représenter par une courbe d'abord ascendante, au fastigium de laquelle la malade s'est trouvée à la limite même de la psychose grave, puis lentement descendante. L'analyse clinique permet d'y déceler la succession de quatre groupes de manifestations d'ailleurs intriqués et liés les uns aux autres. Ce sont :

(1) La malade a quitté le service, guérie, quelque temps après. Elle a été revue au bout d'un mois : la guérison s'était consolidée.

1° Un état d'anxiété avec angoisse, que la malade traduit par cette comparaison curieuse d'un maillot de caoutchouc trop étroit ; 2° un état dépressif avec inhibition psychique et physique. Tous deux ont coexisté pendant toute la durée de la maladie mais il faut remarquer que les accidents anxieux occupaient le premier plan au début de l'évolution et que le syndrome dépressif est devenu prédominant au cours d'une deuxième phase. Ils se sont accompagnés d'idées délirantes banales de la série mélancolique ; 3° sur le terrain mélancolique se sont greffés des phénomènes d'obsession et 4° un syndrome d'influence.

A l'origine, et pendant les premiers mois, le syndrome de mélancolie anxieuse délirante est resté banal ; les craintes pantophobiques, les interprétations et les illusions qui s'y associaient apparaissent nettement consécutives à l'anxiété et à l'angoisse et en rapport avec l'imprécision des perceptions de la malade. Le caractère en quelque sorte superficiel de l'emprise mélancolique lui laissait, par intervalles, quelques possibilités d'analyse et l'on se rendait compte qu'il s'agissait d'une impression, d'un sentiment délirant, plutôt que d'idées délirantes à proprement parler, entraînant secondairement des interprétations : « Cela me fait l'effet d'être ainsi », disait Mme M... La nature affective et, partant, l'origine somatique de ces troubles est ainsi manifeste.

Nous signalerons ici le déséquilibre neuro-végétatif caractérisé par l'hyperexcitabilité sympathique diffuse (réflexe solaire positif, diminution de l'amplitude du pouls par la compression oculaire), qui prédomina à la phase anxieuse et s'atténua à la fin de l'évolution en même temps qu'apparaissait le réflexe oculo-cardiaque.

Cette attente constante du malheur, l'impression douloureuse d'une menace permanente et imprécise, ne tardèrent pas à aboutir à l'obsession. Comme nombre de mélancoliques, la malade interprétait les petits événements quotidiens : on fait allusion à elle dans les journaux, dans les livres ; on la suit dans la rue ; c'est pour lui annoncer que son fils vient de périr dans un incendie que les pompiers passent sous les fenêtres, etc...

Ces idées avaient un caractère obsédant ; elle s'imposaient à elle, malgré sa résistance, surtout au cours de l'insomnie nocturne, exaspérant l'anxiété. Tout lui apparaissait ainsi comme un présage funeste et bientôt se manifestèrent des obsessions proprement dites : si elle ne fait pas telle chose, il arrivera malheur à ses enfants et, sans qu'elle puisse en fournir d'autre explication, elle raconte qu'elle est contrainte de se lever pour ranger dans sa cuisine ou dans son ménage des objets de même nature par groupes de 3, 5, 7, etc., ou, au contraire, de 2, 4, 6... Son angoisse en est momentanément calmée mais renaît bientôt et persiste jusqu'à ce que la mise à exécution d'une nouvelle idée obsédante, la vienne soulager de nouveau. L'obligation d'exécuter ainsi de nombreux actes bizarres la gêne et la retarde dans son travail, source nouvelle de préoccupations, d'anxiété et d'idées obsédantes.

Dans le service, elle suppléa aux objets de ménage par des morceaux de papiers qu'elle réunissait en paquets de nombres pairs ou impairs, selon les cas. Puis l'obsession « du côté » la contraignit à passer des nuits dans les positions les plus incommodes et la plongea dans de perpétuelles hésitations anxieuses. Enfin ce fut le refus d'aliments, car si elle mangeait de tel ou tel plat, il arriverait malheur à ses enfants.

Il n'est pas sans intérêt de noter le rapport qui existe entre les manifestations obsédantes et l'état anxieux, les premières se présentant en quelque sorte comme un moyen de défense contre le « délire d'attente » mélancolique. Elles ont un but. La malade a souvent une semi-conscience de l'absence de fondement réel et de l'inanité de ses craintes ; elle les considère comme de véritables idées parasites, mais incoercibles et contre lesquelles son aboulie la laisse désarmée. Elle y oppose cette sorte de sentiment de conjuration.

Le syndrome d'influence fut d'apparition plus tardive et constitua en quelque sorte la première étape du processus de rétrocession. La crainte obsédante que l'on fit du mal à ses enfants revenait par intervalles, surtout sous forme de mentisme nocturne ; elle la discutait, la jugeait absurde et étrangère : il lui semblait

que quelqu'un (les médecins peut-être) avait pris sa volonté et lui imposait ces idées. Elle avait la sensation que sa pensée était connue et qu'on la faisait agir malgré elle : « Je sens que mes gestes sont prévus », disait-elle, et elle opposait à ces faits, ses propres hésitations, son indécision, ses craintes ; il lui semblait qu'on l'attirait dans un guet-apens, qu'on la faisait agir contre elle-même et contre les siens.

Il existe dans ce syndrome d'influence deux éléments essentiels : la prise de la pensée et les actes imposés. Par contre, un symptôme capital fait défaut : les phénomènes d'arrêt. Il en était de même chez un malade de M. Codet. C'est qu'en effet l'inhibition est l'état fondamental des mélancoliques et seules peuvent être senties et interprétées comme anormales les manifestations d'activité en opposition avec elle.

Prise de la volonté, actes et idées imposés se rapportent à des manifestations psychiques et psycho-motrices. Leur antagonisme avec le fond d'inhibition anxieuse et leur association à l'étrangeté des impressions reçues de l'extérieur sont la base des idées délirantes. On ne saurait parler de désagrégation de la personnalité ; le phénomène psychique ou psychomoteur est parfaitement rattaché au moi et le contrôle de la volonté ne fait même pas entièrement défaut ; ce qui est mystérieux, c'est son mode d'apparition dans la conscience, qui se fait sans que le sujet puisse le rapporter au processus normal de sa pensée dominée par l'impuissance intellectuelle et volontaire ; de là le sentiment d'étrangeté auto-psychique qui donne lieu au sentiment d'influence. L'idée d'influence n'est pas exactement « une interprétation de l'automatisme mental » comme le disent Chaslin et Alajouanine, elle est la formule intellectuelle du sentiment d'influence, phénomène pathologique fondamental. Ce dernier dérive bien d'une modalité de l'automatisme cérébral, mais modifié par un trouble affectif et, en quelque sorte, cénesthétique. Elle est, si l'on veut, l'interprétation d'un phénomène de « subduction », selon la définition de M. Mignard, particulièrement intéressant dans ce cas où l'on voit l'activité automatique se libérer la

première, l'activité psychique consciente et volontaire restant encore sous l'influence des facteurs d'inhibition et ne pouvant la freiner ni la contrôler.

Il existe, chez cette malade, des interprétations de symptômes pathologiques portant sur les symptômes psychiques : aboulie, idées obsédantes, anxiété. Elles constituent un élément sémiologique, au même titre que les interprétations de faits extérieurs : gestes, mouvements, paroles, etc... Il est important de ne pas les confondre avec le mécanisme psychologique du syndrome délirant qui n'est essentiellement ni une interprétation ni une explication destinée à satisfaire un besoin de causalité. Il n'est que la traduction du *sentiment* d'influence (la malade insistait spontanément sur ce fait) dont les racines doivent être cherchées dans l'état somatique d'inhibition et d'anxiété d'une part, dans la libération de l'automatisme, processus de guérison d'autre part. Le sentiment d'influence résulte de l'antagonisme de ces deux états concomitants et la malade elle-même l'exprime lorsque, prenant peu à peu conscience de son état, elle déclare qu'elle veut « se maîtriser ». Un tel processus pathogénique mérite d'être rapproché des descriptions de M. de Clérambault et s'écarte du mécanisme purement intellectuel étudié par M. Codet dans un cas par ailleurs comparable de mélancolie avec délire d'influence. Et, à vrai dire, ce phénomène est voisin du sentiment particulier qui domine toute la psychologie des délirants que l'un de nous a groupés dans le cadre du « syndrome d'action extérieure ».

En résumé, ce cas mérite de retenir l'attention par son évolution d'abord ascendante, puis régressive ; les étapes, marquées par un état obsédant auquel s'est surajouté le délire (indépendants de toute prédisposition apparente), en sont caractérisées par une libération de l'automatisme non parallèle à celle des processus conscients et volontaires. Il met en relief les rapports, longtemps niés, des obsessions et des psychoses : l'état mélancolique assure par sa persistance l'unité du syndrome et, créant en quelque sorte une constitution accidentelle, « fait le lit » de l'obsession et permet son passage au délire, étape intermédiaire à la guérison.

Le somnifène intra-veineux chez les aliénés

Par MM. QUERCY et DODART-DES-LOGES

Tout médecin d'asile finit par subir malaisément les inconvénients des calmants, hypnotiques, anti-convulsivants en usage, et, après le gardénal, définitivement adopté, le somnifène nous est proposé. Nous n'avons rien de particulier à dire de son emploi par voie digestive ou intra-musculaire, familier à tous, et voici seulement quelques remarques préliminaires sur ce que nous a donné son administration intra-veineuse chez des malades assez variés.

Naturellement, nous nous sommes surtout attaqués à des agités, qu'il s'agisse d'agitation épisodique au cours d'une psychose quelconque ou d'un accès d'agitation maniaque. Dans tous nos cas ou à peu près, nous avons poussé l'injection jusqu'au sommeil et nous n'avons pas eu besoin de dépasser 10 cc. Il nous est arrivé de renouveler l'injection deux et trois fois, à des intervalles de 24 à 30 h., de façon à maintenir le sujet sous l'influence du produit pendant deux ou trois jours. Nous n'avons enfin associé aucun médicament au somnifène, sauf, dans un cas, de l'huile camphrée.

Nous avons toujours obtenu un sommeil de dix, douze, quinze heures, suivi ou non d'une somnolence d'égale durée et, d'une façon générale, les malades que nous avons vus, la veille, agités, bruyants et insupportables, nous apparaissaient, le lendemain, calmes, reposés et déjeunant paisiblement.

Au cours du sommeil, nous n'avons pas eu d'ennuis du côté des émonctoires, les reins et les sphincters ayant fonctionné automatiquement, sauf une fois où il fallut sonder. Par contre, l'alimentation des sujets, endormis ou somnolents, nous a un peu inquiétés et, une fois, nous avons cru devoir recourir à des injections de sérum glucosé. Quant aux accidents, tout en étant convaincus qu'il faudra qu'on en publie, nous n'en avons pas encore observé bien qu'ayant soumis

à ce traitement un confus fébricitant et un alcoolique fort suspect de myocardite.

**

Le principal résultat que nous pensons avoir obtenu est une accélération dans la guérison d'épisodes d'agitation chez des dégénérés, des confus, des éthyliques. Selon nous, un état d'agitation au cours d'une psychose autre que la manie peut être, non seulement suspendu, mais définitivement supprimé grâce à une ou plusieurs injections intra-veineuses de somnifène. On peut ainsi avoir la satisfaction d'éviter un internement et de traiter, à l'hôpital, à domicile, dans la plus modeste ferme, un malade très agité, un malade furieux, un malade momentanément dangereux. Récemment, un de nos confrères nous demandait une camisole de force et un infirmier, pour maîtriser et nous conduire un éthylique dont l'agitation avait résisté à tout, y compris le somnifène intra-musculaire. Sur les conseils de l'un de nous, il essaya le procédé en discussion ; au grand étonnement des voisins, le malade s'endormit dans un juron et, quinze ou seize heures après, il était normal.

**

Faut-il réduire le somnifène au traitement d'un symptôme, ce symptôme étant la seule agitation ?

Ce n'est pas sûr. N'envisageons d'abord que les symptômes. Il n'est pas interdit d'essayer le somnifène ailleurs que dans l'agitation plus ou moins maniaque ; on peut tenter d'atténuer ou de juguler avec lui une poussée délirante plus ou moins aiguë, une crise d'anxiété chez un mélancolique, etc. D'après notre expérience, encore très réduite, il ne nous paraît pas douteux qu'un grand anxieux, un sujet à idées délirantes actuellement très actives, un malade en proie à des hallucinations ou à des obsessions particulièrement impérieuses, ne puissent goûter un, deux ou trois jours de sommeil et de calme, grâce au somnifène. Mais après ? Que deviennent ces malades à leur réveil ? Le

symptôme de premier plan a momentanément disparu, qu'est devenue la maladie ? On s'est déjà posé des questions analogues et surtout, chose singulière, à propos de la démence précoce. C'est ainsi que MM. Crouzon et Lemaire (*Soc. Méd. des Hôp.*, 12 décembre 1924) se demandent s'ils ne pourraient pas « peut-être », « faire entrevoir » la possibilité de son emploi contre la « schizophrénie ».

Si le somnifène peut abréger et définitivement enrayer un accès d'agitation ou d'anxiété *épisode*, il ne serait pas prudent de trop compter sur lui pour abréger ou prévenir un accès de manie ou de mélancolie, même en maintenant le sommeil ou la somnolence pendant plusieurs jours. Rien ne nous permet encore de dire si de tels malades se réveilleront améliorés, non modifiés ou aggravés. C'est ainsi qu'un de nos sujets, un mélancolique, a esquissé, à son réveil, du refus d'aliment, symptôme qui ne s'était pas encore montré chez lui.

Cette réserve n'impose pas l'abstention et, quel que soit le résultat thérapeutique tardif d'une injection de somnifène, si fugitive qu'ait pu être son action, il nous suffit qu'elle assure, d'abord un repos précieux pour tout le monde, ensuite un répit qui permet bien des choses : une observation psychologique en quelque sorte au ralenti ou plutôt, si nous osions le dire, « au détendu », l'étude attentive du réveil progressif de l'activité mentale, pathologique ou non, un examen biologique enfin, que l'agitation ou le négativisme du sujet n'auraient pas permis.

DISCUSSION

M. Henri CLAUDE. — Je confirme d'une manière générale l'opinion que M. Quercy nous a exposée au sujet de l'action du somnifène en injection intra-veineuse. Dans les cas d'agitation extrême d'origine toxique ou toxi-infectieuse, nous avons obtenu des résultats remarquables. La sédation des troubles a été immédiate. L'état physique s'est modifié et la température est tombée. Dans les états maniaques ou dans les agitations

au cours des états délirants ou démentiels, les résultats ne sont que passagers ou même presque nuls. Nous n'avons pu parfois obtenir avec 7-8 cmc. qu'une sédation d'une demi-heure et au réveil les malades étaient aussi agités. Il faut atteindre dans ces cas des doses beaucoup plus élevées que celles qu'on emploie en chirurgie pour avoir un sommeil unique prolongé. L'action a été nulle sur les manifestations délirantes ou démentiels. En somme, l'injection intra-veineuse de somnifène est supérieure, dans les agitations primitives, à la balnéation prolongée et aux calmants habituels ; elle procure une sédation favorable à la réparation des forces du malade qu'elle met dans une condition physique meilleure.

M. A. MARIE. — Dans une communication (1), nous avons annoncé les résultats obtenus dans l'insomnie des psychopathes avec le somnifène administré par la voie buccale ou intramusculaire, seul ou associé à la scopolamine.

En réponse à une question posée au cours de la discussion, nous avons employé ce même produit par la voie intra-veineuse dans les états de grande agitation.

Nous avons suivi pour cela une technique semblable à celle indiquée par Mlle Perlis (2) et par Fredet.

4 à 7 cc. du produit, suivant l'état général du malade, ont été injectés très lentement dans une veine du pli du coude, précédés dans certains cas d'une piqûre hypodermique de morphine-scopolamine faite 15 minutes auparavant.

Presque toujours, avant même que toute la quantité de somnifène ait été poussée dans la veine, le malade s'endormait d'un sommeil paisible et profond d'une durée de 5 à 20 heures après résolution musculaire.

Nous n'avons observé aucun accident immédiat ou tardif : à peine une légère accélération du pouls avec

(1) A. MARIE et V. KOHEN. — Le traitement de l'insomnie des psychopathes par le diéthylidipropénulbarbiturate de diéthyl amine (sommifène) *Société de Thérapeutique*, févr. 1924.

(2) Régine PERLIS. — Sur un nouveau mode d'anesthésie par la voie intraveineuse en obstétrique et en chirurgie. *Presse Médicale*, 13 août 1924.

ralentissement de la respiration dans les cinq à dix minutes qui suivent l'injection. La tension artérielle s'abaisse un peu généralement pendant quelques minutes ; les systèmes vague et sympathique paraissent influencés, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Les réflexes cutanés sont généralement abolis, alors que les tendineux sont conservés.

Les malades ainsi injectés dorment pendant quelques heures (de 4 à 8 heures), au réveil, ils réclament de la nourriture et, quelquefois, tombent dans un état de torpeur qui peut durer quelques heures et dans un de nos cas (épilepsie), plusieurs jours ; état dont on ne peut les tirer que pour les faire manger ou en leur posant des questions, après lesquelles ils retombent dans leur état primitif. Certains autres redeviennent après leur réveil aussi agités qu'avant l'injection.

Chez les malades à qui on refait une deuxième ou une troisième injection, le lendemain ou le surlendemain, les modifications du pouls et de la tension sont moindres lors de cette nouvelle tentative, mais il ne semble pas qu'il y ait d'accoutumance en ce qui concerne la durée de l'hypnose.

Laignel-Lavastine (1) a également employé ce produit chez les aliénés agités par la même voie et en a obtenu un calme complet et un sommeil paisible de 4 à 8 heures environ qui offre l'avantage d'empêcher la disparition constatée à l'autopsie par épuisement des colloïdes de la cortico-surrénale, la sédation permettant à la glande de se recharger.

Levet (2) a injecté le somnifène par la voie intra-veineuse pour vaincre la résistance des aliénés et en profiter pour introduire la sonde œsophagienne chez les sitiophobes, faire une ponction lombaire, de petites interventions, transporter un malade, etc...

En somme, cette méthode d'administration du somnifène semble devoir s'introduire dans la pratique psychiatrique soit pour obtenir la sédation chez les grands agités, soit pour pratiquer les petites interventions courantes.

(1) *Soc. Psychiatrie*, 20-9-24.

(2) *A. M. P.*, novembre 1924.

Manie Chronique. Démence incomplète

Par le Docteur GODARD
Interne à Fleury-les-Aubrais

Avant d'arriver à la démence confirmée, les malades atteints d'excitation maniaque passent par différentes phases pendant lesquelles les avis peuvent différer sur le diagnostic à porter.

Le malade dont nous apportons l'observation, est un exemple de maniaque chronique qui, sous des apparences de démence, conserve la plupart de ses facultés psychiques.

Mlle L..., âgée de 58 ans, eut dans sa jeunesse beaucoup de difficultés et d'ennuis provenant de sa mère atteinte de mélancolie avec délire de persécution.

Vers la trentaine, elle dut renoncer à son mariage et en souffrit beaucoup. Vers le même âge, Mlle L. fut, à plusieurs reprises, gravement intoxiquée par l'oxyde de carbone.

En 1908, on dut l'interner à St-Maurice, en même temps que sa mère pour excitation maniaque. Et ce premier internement dure encore aujourd'hui après quatorze années, ce qui est déjà une anomalie à signaler, puisque la manie chronique s'installe rarement d'emblée.

Au premier examen, la malade se présente comme chaque matin à la visite, les lunettes relevées sur le front, dans un état d'agitation intense, nous interpellant de très loin avec des gestes menaçants et désordonnés, des regards courroucés, une physionomie indignée, alternant avec des explosions de rires et des attitudes drôles, le tout accompagné d'un flux de paroles d'une incohérence absolue, et dont les quelques lignes suivantes donnent un aperçu : « Il y avait des bains de chaleur avec des collatéraux mais je ne sais pas ce qu'ils chantaient, d'où étaient les deux antoines en aparté et les pots de chambre des faux comtes et des fausses comtès à papuchon. Sur les 1.400 points, M. un Tel est porteur de pourboires, chez les parents qui partagent où je barbote les monacos qui sont tout de suite rien du tout et vous saurez flibuster comme toutes les autres. »

Tout cela est débité très rapidement avec une grande véhémence et indique un affaiblissement notable et une

grande mobilité de l'attention et de gros troubles des associations d'idées automatiques et volontaires.

A l'examen du fonds mental, nous verrons que les troubles de ces deux fonctions forment la base, l'armature de cette psychose et conditionnent cette dyslogie, c'est-à-dire des désordres intellectuels avec intégrité de la fonction du langage.

Nous n'avons pas ici, seulement la fuite des idées, car il n'y a point d'association par assonance ni de rapport quelconque entre les différentes représentations, la répétition par nous d'un mot que la malade vient de prononcer n'évoque plus rien pour elle : Elle n'a pas l'air de l'entendre. A peine ce mot a-t-il cessé de résonner à notre oreille que déjà l'idée qu'il représente a été remplacée par une foule d'autres dans son esprit. Nous avons donc de l'incohérence, mais cette incohérence, comme nous le verrons par la suite, est surtout verbale. Et quand on réussit à fixer momentanément son attention par des questions brusquement posées ou en frappant sur la table, ses réponses sont correctes et justes.

Cette malade a vaguement conscience de son état psychopathologique et est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle ne présente pas d'hallucination, mais quelques illusions de fausse reconnaissance. Elle voit en certaines pensionnaires de son pavillon des malades qu'elle avait connues à St-Maurice. Internée depuis 14 ans, elle ne semble avoir gardé aucun souvenir des événements contemporains. A une question posée sur la date du début de la guerre, elle répond : « Je n'en sais rien. S'ils n'avaient pas leurs drapeaux montés, et s'il y a des enfants à l'envers, il y a trop de quoi pleurer sur la terre. » Mais elle se rappelle exactement les dates des principaux événements de sa vie :

« Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

— C'est le vingtième mois.

— A quelle date êtes-vous entrée ?

— Le 18 avril 1923.

— A quelle date êtes-vous entrée à St-Mandé ?

— Le 1^{er} juillet 1920.

— Vous y êtes restée combien de temps ?

— 34 mois, 18 jours, ça ne fait pas 3 ans.

— Quand êtes-vous entrée à St-Maurice ?

— Le 11 ou 12 mai 1908 au soir.

— Vous aviez quel âge à cette époque ?

— 42 ans. »

L'affectivité de cette malade est sensiblement émoussée. Elle semble garder cependant de l'attachement à son frère

qui s'occupe d'elle et dont les visites sont notées d'un trait spécial sur son calendrier.

Elle n'a jamais présenté, à proprement parler, d'idée délirante, car lorsqu'elle fait l'effort nécessaire pour associer plusieurs idées, elle n'exprime rien de déraisonnable.

Nous allons retrouver, en examinant les écrits de la malade, de la dyslogie graphique : c'est-à-dire des troubles correspondant à ceux du langage. Cette lettre à son frère montre bien la malade faisant effort pour associer ses idées et réussissant à bien commencer ses phrases pour retomber très rapidement dans son incohérence habituelle.

« 2 décembre 1924.

« MON CHER ALEXANDRE,

« J'ai toujours peur de manquer de tout, aussi j'ai une
« longue liste préparée d'avance pour avoir tout sous la
« main. A défaut de monacos à laisser à mes successeurs,
« Alexandre et Marie, connaissant l'application des belles-
« sœurs et belles-filles. Je trouve toujours le temps long
« en regardant les trains passer (1). Ayant la rue Obriot et
« le tertre du bois de Vincennes, contre tous les dires An-
« toine et Lefils pour voir les réunions familiales. Bien faire
« et bien dire, sont toujours abandonnés par tous, car ils ne
« voient pour la plupart que leur caprice seul en se mo-
« quant de tout, etc....

« De bons baisers pour en finir en attendant le plaisir de
« te voir.

« Ta sœur, Alice. »

La lettre est accompagnée de la liste suivante : « épin-
gles à cheveux, 1 paquet longueur moyenne, 1 dé sans bord,
fil noir, n° 70, fil blanc D. M. C. n° 60, aiguilles à repriser,
boutons de porcelaine, 1 pelote coton à repriser noir, 1 pelote
de blanc, étui à lunettes en cuir très solide, 1 brosse à
habits, des chaussures noires, 41, 6 serviettes de table,
6 serviettes de toilette ».

Jusqu'à présent, l'observation de cette malade ne présente rien de très particulier, ressemblant à celles de ces maniaques chroniques, vieux piliers d'asile,

(1) La malade voit de sa chambre les trains de la ligne Orléans-Montargis.

qui tombent progressivement dans une sorte d'existence automatique, faite d'idées, de langage et d'actes très limités, toujours les mêmes. On les considère déjà comme des déments, puisque la démence étant l'aboutissement classique de ces vésanies, on risque tout au plus, en portant ce diagnostic, de devancer le moment auquel il sera juste de l'appliquer ; et comme le fait remarquer, Régis, on devance souvent ce moment avec trop de facilité.

La fin de l'examen mental de notre malade nous montre en effet, qu'à côté de son incohérence verbale et de l'excitation maniaque chronique qui se traduit dans la mimique et les gestes, il existe chez elle une activité motrice et psycho-motrice ordonnée, calme et méthodique.

Cette pensionnaire fait elle-même, chaque jour, sa chambre avec beaucoup de soin et la tient très propre. Sa mise est toujours soignée. Elle s'occupe de ses habits et de son linge et le tout est rangé avec beaucoup d'ordre dans des paquets bien ficelés et des boîtes soigneusement étiquetées et réparées lorsqu'elles sont vieilles avec du fil ou de la colle. Elle confectionne, elle-même, de façon très heureuse, quelques-uns de ses vêtements. Elle nous a dit, de mémoire, ce qu'elle avait fait depuis 20 mois qu'elle est à Fleury : 9 chemises, 4 camisoles, 2 pantalons, 2 robes, 1 paire de rideaux au crochet, une paire de guêtres en laine. Elle balaie très souvent la cour, surtout à l'époque de la chute des feuilles. Elle le fait d'ailleurs avec une véhémence telle, que très rapidement elle est baignée de sueur : elle ne manque jamais alors de changer de linge. Elle aide volontiers à faire le ménage dans le pavillon et nettoie de sa propre initiative, quand elle aperçoit quelque chose de sale. Elle est d'ailleurs très docile aux ordres de la surveillante, mais présente certaines périodes d'agitation, assez courtes, pendant lesquelles elle s'excite contre d'autres malades ou des étrangers. Elle tient un compte très exact de ses menues dépenses, paie chaque mois d'avance son journal quotidien qu'elle ne lit pas, nous a-t-elle dit, mais où elle regarde les réclames. Elle prévoit ses dépenses de fin d'année :

étrennes, calendrier, etc... Elle prend note du linge qu'elle envoie au lavage et quand il lui en manque une pièce, elle sait bien la réclamer et en indiquer la valeur ou la vétusté. Pour ne pas être incommodée la nuit par la lumière directe de l'ampoule située au milieu de sa chambre, elle s'est confectionné avec du papier un abat-jour ingénieux qui laisse son lit dans l'obscurité et permet cependant un éclairage suffisant pour la surveillance.

Enfin pour nous résumer, cette malade varie sans cesse ses occupations, montre beaucoup d'initiative et ne présente pas uniquement l'activité automatique habituelle chez les maniaques chroniques.

C'est pourquoi nous avons cru intéressant de noter les oppositions et les discordances que l'on rencontre dans l'examen de son état mental, rappelant que pour des troubles analogues, Chaslin avait proposé le nom de démence incomplète.

M. LEROY se demande s'il s'agit bien d'un cas de manie chronique.

M. RAYNEAU confirme le diagnostic porté par M. Godard.

La séance est levée à 17 heures 45.

Le Secrétaire des séances,
René CHARPENTIER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ANATOMIE

Anatomie humaine descriptive et topographique, par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Paris. Ce traité est complet en deux volumes ne se vendant pas séparément et qui comportent ensemble 1668 pages et 988 figures en noir et en couleurs.

Par son contenu, sa méthode d'exposition, le soin apporté à sa présentation, ce nouveau Traité d'Anatomie ne ressemble à aucun de ceux qui l'ont précédé — en France — et à l'étranger.

L'exposé de l'anatomie par systèmes, tel qu'il est fait dans les traités classiques, conduit, à propos des rapports, à des descriptions incomplètes et à des répétitions nombreuses qui augmentent sans profit le volume de l'ouvrage.

L'auteur a voulu remédier à ces inconvénients *en présentant l'anatomie sous une forme nouvelle*, plus pratique, mieux adaptée aux besoins des étudiants et des praticiens.

Il divise l'anatomie en trois parties principales : 1° tête et cou ; 2° tronc ; 3° membres. Un chapitre spécial est consacré au système nerveux central.

Chaque partie fait l'objet d'une double étude : une étude descriptive et analytique ; une étude topographique et synthétique.

A cette documentation fournie par l'analyse fait suite une *étude topographique*, dans laquelle il montre, région par région, en vue d'ensemble, les rapports que présentent entre eux tous les organes d'une même région.

Ainsi les *anatomies descriptive et topographique* sont étroitement unis, s'éclairent et se complètent. Cette méthode d'exposition permet enfin de trouver rassemblés en quelques pages d'un même volume tous les renseignements concernant un organe ou une région.

La *partie iconographique* de ce traité a été présentée avec un soin et un luxe tout particuliers.

A l'exception de 38, les 987 figures de l'ouvrage sont originales. La plupart ont été exécutées d'après des préparations faites par l'auteur qui a pu ainsi, en vérifiant les descriptions classiques, en modifier certaines, inexactes ou incomplètes.

De nombreux *schémas* illustrent le texte.

NEUROLOGIE

Maxime LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du sympathique. Essai d'anatomo-physio-pathologie clinique.* (105 figures dans le texte). Paris, Librairie Félix Alcan, 1924.

La science française a maintenant son livre sur le sympathique. Il lui a été donné par M. Laignel-Lavastine. Ce livre, que son auteur présente modestement comme étant « avant tout un indicateur de recherches », est un exposé complet de nos connaissances actuelles sur le sympathique. Pour réaliser une œuvre de cette importance, il fallait une vaste érudition, une longue expérience personnelle, un esprit soucieux de clarté et de précision. Les plus exigeants seront pleinement satisfaits. L'érudition : la bibliographie terminale comprend 240 pages. L'expérience personnelle : l'auteur s'est attaché à l'étude du sympathique dès l'aurore de sa vie médicale et depuis sa thèse sur le plexus solaire en 1903, il a publié sur ce sujet de nombreux et importants travaux. La clarté et la précision : elles apparaissent à l'aise avec laquelle l'auteur fait évoluer le lecteur à travers le dédale infiniment complexe de l'architecture du sympathique, de ses fonctions physiologiques et de ses rapports avec les différents appareils de l'organisme.

Une œuvre de cette envergure ne peut guère être exposée dans une courte analyse. Tous les problèmes qui touchent au sympathique sont étudiés dans le livre de M. Laignel-Lavastine. Certains y sont résolus. Pour les autres — les plus nombreux — qui ne sont pas actuellement susceptibles d'une solution, l'auteur montre dans quelle direction les recherches de l'avenir doivent être orientées et son ouvrage est bien pour les travailleurs un guide dans toute l'acception du mot — et un guide excellent.

Je signale les pages qui m'ont particulièrement frappé.

D'abord l'introduction. On ne lit guère les introductions. Il est nécessaire de lire celle-ci. L'auteur y traite de la terminologie. Il l'a trouvée polymorphe, mal fixée, voire in-

cohérente, puisque pour Eppinger et Hess « le système autonome » n'est qu'une partie du système nerveux de la vie végétative comprenant le moteur oculaire commun, le pneumogastrique, la corde du tympan et les nerfs pelviens, tandis que pour Langley le système autonome — qui s'oppose au système somatique — est constitué par l'ensemble des cellules et des fibres nerveuses par lesquelles les impulsions efférentes se distribuent aux tissus autres que les muscles striés multinucléés. — Il n'y a pas qu'en psychiatrie que sévisse la confusion des langues.

On souhaiterait — sans trop l'espérer — qu'une terminologie commune fût adoptée par la science de tous les pays et nous pourrions fort bien offrir aux étrangers celle de M. Laignel-Lavastine. « J'appelle, écrit-il, *système sympathique*, ou *végétatif*, ou *autonome*, l'ensemble du système nerveux régulateur des fonctions de nutrition prises dans leur acception la plus large ou mieux le système régulateur des fonctions qui ne sont pas sensorio-motrices volontaires. Reprenant les termes de Winslow, j'appelle *grand sympathique* le sympathique de Langley dont les proto-neurones afférents sont issus de la moelle thoraco-lombaire.

« J'appelle *moyen sympathique* ou *système vagal* le parasympathique de Langley comprenant la *partie végétative du pneumogastrique* ou *parasympathique bulbaire* et *l'érecteur sacré* ou *parasympathique pelvien*. »

L'ouvrage comprend — outre l'introduction — trois parties : les lésions anatomiques ; les troubles physiologiques ; les syndromes cliniques.

M. Laignel-Lavastine a eu l'heureuse idée de clore chacune de ces trois parties par un résumé : résumé anatomique ; résumé physiologique ; résumé clinique. Le dernier, qui a pour sous-titre « les sympathoses », est particulièrement intéressant ; en 5 pages d'une vigoureuse concision, l'auteur trace les grandes lignes de la pathologie sympathique et en définit les grands syndromes qu'il classe en deux groupes : 1° les sympathoses univoques comprenant des syndromes sensitifs, circulatoires, lissomoteurs, sécrétoires et trophiques ; 2° les sympathoses complexes « qui ne sont que l'association de plusieurs syndromes sympathiques univoques plus ou moins généralisés ».

Il faut louer la prudence dont M. Laignel-Lavastine fait preuve en ce qui concerne la doctrine de la vagotonie d'Eppinger, si à la mode aujourd'hui et qui permet si facilement de faire de la haute science à bon marché, en opposant, à propos de toutes les maladies nerveuses et mentales, les vagotoniques aux sympathicotoniques.

« Dans leur mémoire aujourd'hui classique, écrit-il, Eppinger, Falta et Rudinger insistent longuement sur l'antagonisme du système sympathique et de ce qu'ils appellent le système autonome, en prenant ce terme dans le sens du parasympathique de Langley.

« N. Pende, critiquant cette doctrine de la vagotonie d'Eppinger et Hess, a montré qu'il est impossible de tracer des limites entre la vagotonie et la sympathicotonie, qui sont souvent associées. Certaines glandes, comme la thyroïde, sont en même temps vagotoniques et sympathicotoniques.

« Contre la dichotomie d'Eppinger et Hess dont le procès me paraît fait, ajouterai-je les faits récents, vus par Cordier ? Il conclut que la défaillance de telle ou telle recherche chez un malade est presque la règle et qu'il est exceptionnel de rencontrer chez un même sujet la concordance des tests que l'on pourrait espérer. Cade considère aussi comme trop arbitraire la schématisation apportée entre « vagotoniques » et « sympathicotoniques ».

« Il ne faut pas prendre la paille de ces mots pour le grain des choses, ne pas de force coucher les malades dans le lit de Procuste viennois et ma conclusion de ce chapitre d'introduction physio-pathologique sera voisine de celle de L.-R. Muller, d'Angsbourg, à la fin de son scientifique et récent livre sur le système nerveux végétatif : notre connaissance de ce système est absolument insuffisante pour même songer à en tirer actuellement des applications cliniques. »

Voilà qui est honnête et catégorique.

La troisième partie se termine par un chapitre de « thérapeutique », excellent et d'une utilité de premier ordre pour le praticien et l'étudiant, car le paragraphe des médicaments chimiques, qui ne comprend pas moins de 33 pages, réalise une étude pharmacodynamique complète de tous les médicaments connus qui agissent sur le sympathique.

En ce qui concerne plus particulièrement la psychiatrie, il y a lieu de signaler dans la première partie le paragraphe D du chapitre V où l'auteur étudie les lésions du système sympathique dans les affections mentales qu'il classe en trois catégories : A) débilité cérébrale ; B) perturbation cérébrale à prédominance psychique (mélancolie, confusion mentale avec ou sans polynévrite) ; C) démences (paralyse générale, démence pellagreuse, démence épileptique, démence précoce). Le sympathique n'a pas été jusqu'ici étudié anatomiquement dans la manie, non plus que dans la psychose hallucinatoire chronique. L'une et l'autre, mais la manie surtout, ont cependant avec le système sympathique

des rapports sans aucun doute étroits. Il y aurait là de quoi tenter un neuro-anatomopathologiste.

Dans la troisième partie les syndromes sympathiques cérébraux occupent la section III du chapitre VI. Y sont étudiés : la migraine et la vaso-dilatation céphalique, l'épilepsie, les vertiges et troubles visuels d'origine vasomotrice, l'euphorie, la mélancolie, les cénesthopathies, l'émotivité, l'inquiétude, l'angoisse et l'anxiété.

On trouve là des esquisses d'un incontestable intérêt. Mais ce ne sont encore que des esquisses et dans l'état actuel de nos connaissances on ne saurait demander davantage. Nous avons le droit par contre d'espérer que l'avenir permettra de faire plus. Quand l'enthousiasme un peu naïf qui a suscité, chez les neuro-psychiatres, en ce qui concerne les rapports du sympathique avec les grands syndromes mentaux, des théories par trop aventureuses, se sera assagi, quand on verra plus clair, parce qu'on sera moins pressé et qu'on regardera plus attentivement, le rôle du sympathique dans la genèse des syndromes psychopathiques grandira sans doute au point de rivaliser d'importance avec celui de l'écorce qui pendant si longtemps a été considérée comme le substratum quasi-unique de la vie psychique. Il n'est guère douteux que dans les éditions futures de la « Pathologie du sympathique » la psychiatrie aura la place plus large, car il n'est pas douteux que le sympathique joue dans la vie affective le rôle essentiel et nous savons que les troubles de la vie affective sont à la base de la plupart des psychoses. Faisons confiance à l'auteur pour l'avenir et sachons-lui gré de tout ce qu'il nous apprend déjà.

J. ROGUES DE FURSAC.

NEURO-P'SYCHIATRIE

Les Epilepsies, par M. R. CESTAN, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse (1 vol. in-8°, 280 pages, in-Bibl. des Connaissances médicales, dirigée par le Dr Apert, Paris, Ernest Flammarion, édit.).

La réaction du cerveau sous forme de crise convulsive étant fonction non pas tant de la cause que de la physiologie pathologique de l'écorce cérébrale, M. Cestan donne d'abord la description du *syndrome épileptique*, amalgame de symptômes moteurs psychiques, sensitifs, viscéraux. Après avoir étudié l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, il

passé en revue les formes de l'épilepsie dite *larvée*, dans lesquelles les troubles moteurs font défaut ou passent au second plan, et dans lesquelles la crise épileptique est constituée uniquement par un syndrome psychique, ou sensitif, ou viscéral.

L'exposé des impulsions des épileptiques et de leurs conséquences *médico-légales* : exhibitionnisme, attentat à la pudeur, fugue et automatisme ambulateur, vol, coups et blessures, homicide, amène l'auteur à étudier la *responsabilité pénale* et la *capacité civile* de ces malades.

À côté des cas typiques, de *diagnostic* facile, se trouvent des cas où la conscience persiste plus ou moins obscurcie, où l'amnésie est incomplète et dans lesquels l'aliéniste n'arrivera à une conclusion ferme qu'après une analyse psychologique très délicate et une observation parfois assez longue du sujet.

Il faut aussi découvrir la cause et la nature du syndrome, distinguer les épilepsies symptomatiques de lésions cérébrales (épilepsie traumatique, épilepsie par blessure de guerre, tumeur cérébrale, méningite ou encéphalite chronique), les épilepsies par troubles circulatoires, les épilepsies infectieuses (typhique, syphilitique, etc.), les épilepsies exotoxiques (tabagique, saturnine, alcoolique, etc.), endotoxique (éclampsie puerpérale, urémie convulsive), les épilepsies dites humorales, les épilepsies réflexes (nasale, auriculaire, vermineuse, pleurale, etc.), l'épilepsie dite essentielle qui est l'objet d'une critique serrée et d'une intéressante discussion. Les convulsions infantiles (éclampsie infantile) ne sont qu'un syndrome dont le pronostic éloigné est facteur du mécanisme pathogénique.

Toute *thérapeutique* rationnelle des épilepsies se proposera d'abord de rétablir l'équilibre physiologique momentanément perturbé, c'est-à-dire d'agir sur l'excitabilité encéphalique, ensuite d'éviter le retour des accès en supprimant la cause de l'affection. Les *médications sédatives* comprennent les différentes méthodes de médication bromée (Richet et Toulouse, Flechsig, Bechterew, etc.), la médication borée (Folsom et Gowers, Mairet, Pierre Marie et Crouzon), la médication par le gardénal, etc. Les *médications étiologiques* sont aussi nombreuses que les causes qui peuvent créer le syndrome épileptique. Elles peuvent être, suivant les cas, *chirurgicales* (trépanation, etc.) ou *médicales* (traitement antisyphilitique, opothérapie, vaccination non spécifique, sérothérapie, électrothérapie, etc.). Toute épilepsie

bénéficiera de l'observance rigoureuse de règles *hygiéniques* (régime alimentaire, hygiène générale, hygiène spéciale en rapport avec la pathogénie).

Si M. Cestan est d'avis que le *mariage* ne saurait être conseillé aux épileptiques, et constitue toujours un risque pour la santé nerveuse des descendants, il estime pourtant qu'on ne saurait ériger en règle absolue la prohibition du mariage des épileptiques.

Une vue d'ensemble synthétique du traitement d'une épilepsie essentielle chronique termine cet important ouvrage, véritable mise au point de la question, dans lequel M. Cestan ajoute à l'exposé de nos connaissances actuelles les résultats de son expérience personnelle.

René CHARPENTIER.

Eléments de neuro-psychiatrie, par Henri DAMAYE, Paris, 1923.

M. Henri Damaye s'est proposé d'exposer la psychiatrie suivant une méthode anatomo-clinique et thérapeutique. But louable, mais tâche malaisée, puisque, de l'aveu même de l'auteur, l'anatomie pathologique connue des troubles mentaux est rudimentaire. En réalité, M. Henri Damaye, et il faut l'en louer, est loin de méconnaître l'importance des données de la biologie et de la pathologie générale dans l'étude des psychoses. C'est une idée qui lui est chère que la nécessité d'un long stage de médecine générale avant la spécialisation psychiatrique. Et ce n'est pas lui qui, en présence d'un dément précoce ou d'un paralytique général, s'abstiendrait de toute thérapeutique. De l'action, toujours de l'action, telle pourrait être sa devise.

L'activité de M. Henri Damaye s'étend hors des limites de la psychiatrie traditionnelle, ou plutôt il élargit à l'infini ces limites. Il ferait volontiers intervenir le psychiatre, au nom de la prophylaxie et de l'hygiène mentales, dans tous les domaines de la vie sociale. Les questions pédagogiques, militaires, religieuses, ne laissent pas de le préoccuper. C'est ainsi qu'il s'avère, aux côtés de MM. François Albert et Ferdinand Brunot, adversaire déterminé du grec et du latin, sans paraître redouter l'ire de M. Léon Bérard et les foudres de M. Paul Souday. Il se déclare hostile à la liberté de l'enseignement. Il dénonce les méfaits de l'internat, celui des lycées et collèges s'entend, car il fait montre d'une tendresse particulière pour un autre internat, celui des hôpitaux, dans lequel il voudrait recruter exclusivement les

médecins aliénistes, — et c'est là une opinion pour le moins originale. Médecin-directeur des asiles, il est partisan de la disjonction des fonctions, ce qui ne manque pas non plus de piquant. Déplorant le « caractère politique » de la religion catholique et l'« ignorance biologique » du clergé, il annonce l'ère d'une « religion scientifique », alliance de mots qui pourra paraître quelque peu audacieuse. On voit que M. Henri Damaye ne craint pas de prendre parti sur des sujets brûlants avec une ardeur et une conviction auxquelles on ne peut que rendre hommage.

G. DEMAY.

PATHOLOGIE COMPARÉE

L'Encéphalite enzootique du cheval (*maladie de Borna*).
Recherches cliniques, thérapeutiques, expérimentales et anatomo-pathologiques. Essai de pathologie comparée (Vigot, éd.), par MM. L. MARCHAND et R. MOUSSU.

L'encéphalite enzootique du cheval ou maladie de Borna s'est multipliée depuis la guerre, importée vraisemblablement par les chevaux de provenance américaine.

L'évolution clinique peut se présenter sous trois formes différentes : a) la forme encéphalitique caractérisée par de l'hébétude, de la somnolence avec des périodes d'excitation, de l'hyperthermie, parfois de l'hypothermie. On peut noter des contractions musculaires, des troubles respiratoires. L'évolution est rapide et la mort peut survenir en moins de quarante-huit heures ; b) la forme myélitique qui est rare ; c) la forme mixte la plus commune.

Il s'agit d'une encéphalite dont les lésions portent principalement sur les cellules nerveuses et les capillaires. Les méninges restent généralement indemnes. Les cellules des couches profondes du cortex cérébral sont entourées de cellules embryonnaires disposées parfois en couronne ; elles présentent en outre les lésions observées communément au cours des toxi-infections. Lésions des capillaires sans endartérite. Suffusions sanguines autour des petits vaisseaux. La recherche des bactéries et des inclusions intracellulaires est restée négative.

Le pronostic de l'affection est très grave ; certaines statistiques accusent une mortalité de 90 0/0.

Le traitement qui a donné le meilleur résultat aux auteurs est l'injection bi-quotidienne sous-cutanée d'une solution de hexaméthylénététramine à 1 p. 10 (150 cent. cubes par cheval).

Etude expérimentale : l'injection dans la chambre antérieure de l'œil du lapin d'une émulsion d'un cheval mort d'encéphalite enzootique montre que : 1° le virus est transmissible au lapin ; 2° avec ce virus, on peut réaliser des passages en séries chez le lapin et obtenir un virus fixe qui tue en quatre à sept jours ; 3° les passages sur lapin exaltent l'activité des virus de l'encéphalite enzootique.

L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du cheval d'un virus fixe provenant du lapin détermine après trois jours d'incubation une encéphalite mortelle identique cliniquement et histologiquement à la maladie naturelle.

Le virus appartient au groupe des virus filtrants.

L'encéphalite enzootique du cheval présente de nombreuses analogies avec l'encéphalite épidémique de l'homme. Au point de vue clinique, quelques symptômes sont communs, tels la somnolence, les crises d'agitation, certains troubles oculaires, l'incoordination motrice, l'hypertonie musculaire, les modifications de la respiration, de la température et des urines. On peut observer chez le cheval des formes à rechutes comme dans l'encéphalite humaine. L'encéphalite enzootique ne laisse pas après la phase aiguë des séquelles comme l'encéphalite épidémique humaine.

Les lésions ont une topographie différente dans les deux maladies. Dans l'encéphalite humaine, les lésions inflammatoires occupent surtout le pédoncule cérébral, la protubérance, les noyaux gris centraux. Dans l'encéphalite du cheval, les lésions prédominent dans l'écorce cérébrale.

On peut admettre que les virus des deux affections humaine et animale doivent être voisins puisque tous deux sont filtrants, neurotropes, se propagent dans l'encéphale en cheminant autour des parois des petits vaisseaux. Tous deux, inoculés au lapin, déterminent une méningite aiguë à mononucléaires et, après plusieurs passages chez cet animal, se fixent et déterminent toujours la même maladie.

PSYCHANALYSE

Sigm. FREUD, Trois essais sur la théorie de la sexualité, traduit par B. REVERCHON. Paris, édit. de la *Nouvelle Revue Française*, 1923.

Ces trois essais portent sur les aberrations sexuelles, la sexualité infantile, les transformations de la puberté. On y trouve les thèses essentielles de Freud sur le sexualisme : activité sexuelle et auto-érotisme des jeunes enfants, zones érogènes, complexe d'Edipe, rôle des processus de refoulement et de sublimation, rapports entre les déviations sexuel-

les et les impressions subies dans l'enfance, caractère infantile de la sexualité chez les névropathes, sans oublier la fameuse formule : la névrose est le négatif de la perversion.

Tout en se défendant contre le reproche de pansexualisme, Freud limite expressément la notion de libido aux tendances sexuelles. Sur ce point fondamental — et il le précise lui-même — il se sépare nettement de Jung, qui « dilue » la notion de libido en l'identifiant à celle d'énergie psychique en général.

La lecture de ce livre met en évidence le caractère hypothétique de maintes conceptions freudiennes, remarque bien souvent faite, et qui s'impose. Comme le notait récemment encore M. L. Cellerier, en opposant, chez le fondateur de la psychanalyse, les qualités de l'observateur à la pauvreté du théoricien, Freud emploie fréquemment les expressions : « on peut supposer... il semble que... il se peut... » qui sont bien caractéristiques de sa manière. Aussi bien, se défend-il d'édifier une théorie de la sexualité, et n'est-ce pas sans raisons qu'il a choisi le titre d'« essais ». Il s'agit, écrit-il, d'aperçus isolés et non d'une théorie capable d'expliquer suffisamment les caractères normaux et pathologiques de la sexualité.

Il n'en reste pas moins que cet élargissement de la notion de sexualité, son extension à la période infantile repose sur un postulat qui n'est rien moins que démontré. C'est là sans conteste un des points les plus vulnérables de la doctrine psychanalytique, de qui on pourrait dire, en reprenant un mot célèbre de Renan, qu'elle est essentiellement conjecturale. Freud ne se le dissimule pas, mais il maintient le caractère objectif de ses observations.

La traduction française de ce livre, parue dans une collection littéraire, atteint aujourd'hui sa seizième édition, preuve de la faveur avec laquelle le freudisme, longtemps ignoré en France, est maintenant accueilli, sinon par les médecins, du moins par le grand public. Faut-il le déplorer et demander, comme tel de nos confrères, qu'on interdise dans notre pays, la publication des ouvrages de Freud ? Censure et refoulement, ce recours aux méthodes freudiennes contre l'envahissement du freudisme est d'une ironie savoureuse. Il est toutefois des œuvres d'assainissement infiniment plus urgentes, et il ne paraît pas démontré que l'influence de Freud soit tellement pernicieuse. On peut même penser — quelque jugement que l'on porte sur les théories freudiennes, — qu'il n'était pas inutile d'attirer l'attention sur le rôle des tendances sexuelles et plus généralement des facteurs affectifs dans le comportement humain.

Cinq leçons sur la Psychanalyse, par le Dr Sigm. FREUD, professeur à la Faculté de Médecine de Vienne, *traduction française* par Yves LE LAY, avec une *introduction* par Edouard CLAPARÈDE, professeur à l'Université de Genève. (1 vol. in-16, 126 pages, Payot, édit., Paris, 1924).

Les cinq leçons sur la psychanalyse ont été professées en septembre 1909 à la Clark University, à Worcester (Mass.), aux Etats-Unis. Ce petit livre est l'exposé systématique le plus concis et le plus clair donné par le Professeur Freud de ses théories.

Dans une remarquable introduction, M. Ed. Claparède fait à la fois l'historique et l'exposé de la doctrine et des résistances qu'elle a rencontrées, notamment dans les milieux français. La psychanalyse est à la fois une méthode d'examen, une méthode de traitement, une tentative d'appliquer à la vie mentale le principe du déterminisme. Elle considère toutes les créations de l'esprit humain (art, science, religion, philosophie) et la plupart de nos réactions journalières, comme exprimant des désirs subconscients de la nature humaine.

En insistant sur le côté dynamique des phénomènes subconscients, la psychanalyse, écrit M. Claparède, est pour la psychologie un ferment vivifiant. Par la nouveauté des idées qu'elle nous suggère, par la fécondité dont elle a fait preuve, l'œuvre de Sigmund Freud constitue, ajoute-t-il, l'un des événements les plus importants qu'ait jamais eu à enregistrer l'histoire de la science de l'esprit.

Dans une note additionnelle, M. Claparède publie une lettre dans laquelle le Professeur Freud s'élève contre l'interprétation de la libido donnée par M. Claparède. C'est là un point bien souvent controversé. *Le Professeur Freud* précise qu'il établit la distinction des *Sexualtriebe* et des *Ichtriebe*, et que, pour lui, *Libido* ne signifie que l'énergie des premiers, des *Sexualtriebe*. Il s'élève également contre ceux qui lui font dire que tout rêve exprime la réalisation d'un désir sexuel, alors qu'il a souvent affirmé le contraire.

Plutôt que d'exposer à nouveau, à propos d'un livre déjà ancien, une théorie que connaissent tous nos lecteurs, il nous a paru préférable de saisir cette occasion de préciser, suivant le désir de l'auteur, ces deux points de sa doctrine, et de faire connaître, à ceux qui pourraient l'ignorer, l'opinion de M. le Prof. Ed. Claparède sur la psychanalyse.

René CHARPENTIER.

Totem et Tabou. — *Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs* par le Dr Sigm. FREUD, professeur à la Faculté de Médecine de Vienne. (1 vol. traduit de l'allemand par le Dr S. JANKÉLÉVITCH, in-8°, 224 pages, Payot, édit., Paris, 1924).

Ce livre est une tentative d'appliquer à certains problèmes encore obscurs de la psychologie collective les points de vue et les données de la psychanalyse. Mais tandis que le Prof. Sigm. Freud considère comme « à peu près définitive et certaine » l'explication qu'il donne du tabou, il présente l'explication qu'il donne du totémisme comme celle que les données « actuelles » de la psychanalyse « semblent justifier ».

Certaines tribus primitives de l'Australie se divisent en clans dont chacun porte le nom de son *totem*, animal (ou plus rarement plante) considéré à la fois comme l'ancêtre du groupe, son esprit protecteur, son oracle. Ceux qui ont le même totem sont soumis à l'obligation sacrée de ne pas tuer ou détruire leur totem, de s'abstenir de manger de sa chair ou d'en jouir autrement. Les membres d'un même totem ne doivent pas avoir entre eux de relations sexuelles. La loi d'exogamie est inséparable du système totémique. Cela, généralement, sous peine de mort.

Bien que dans les prohibitions totémiques l'inceste réel ne constitue qu'un cas spécial, c'est la prohibition de l'inceste que l'on trouve à la base, le mariage de groupe ayant précédé chez ces peuples le mariage individuel. La crainte de l'inceste constitue un trait essentiellement infantile et s'accorde, pour le Prof. Freud, d'une façon étonnante, avec les données de la psychanalyse sur la vie psychique des névrosés, chez lesquels subsistent des restes considérables d'infantilisme psychique. Freud est ainsi amené à voir dans l'attitude incestueuse à l'égard des parents le *complexe central* de la névrose.

Tabou est un mot polynésien dont la double signification indique à la fois quelque chose ou quelqu'un de sacré, de consacré, et quelque chose d'inquiétant, de dangereux, d'interdit, d'impur. Le Tabou se manifeste essentiellement par des interdictions et des restrictions. Le Prof. Freud s'attache à montrer l'analogie qui existe entre le tabou et la névrose obsessionnelle, en passant successivement en revue les tabou se rattachant aux ennemis, aux chefs, aux morts. La même *ambivalence* existe dans les

deux cas. Dans ses manifestations extérieures, le tabou présente la plus grande ressemblance avec le délire du toucher des névrosés. L'ambivalence joue dans la vie psychique du primitif un rôle infiniment plus grand que dans celle de l'homme civilisé de nos jours. La diminution de cette ambivalence a eu pour corollaire la disparition progressive du tabou qui n'est qu'un symptôme de compromis entre les deux tendances en conflit. La prohibition tabou doit être conçue comme le résultat d'une ambivalence affective. Et le remords tabou constitue probablement la forme la plus ancienne du remords, de la conscience en général.

Il est impossible de donner ici l'exposé de tous les arguments indiqués par l'auteur à l'appui de sa thèse.

Le prof. Freud étudie ensuite l'animisme, la magie, régis par la *toute-puissance des idées* dont la persistance apparaît avec le plus de netteté dans la névrose obsessionnelle, les conséquences de cette manière de penser étant ici les plus proches de la conscience.

Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré au *retour infantile du totémisme*. L'attitude de l'enfant à l'égard des animaux présente de nombreuses analogies avec celle du primitif. Il se sent plus proche de l'animal que de l'homme adulte qu'il trouve sans doute plus énigmatique. Parfois pourtant se produit le tableau clinique de la zoophobie. L'examen psychanalytique de ces cas a montré que lorsque les enfants examinés étaient des garçons l'angoisse était toujours inspirée par le père et déplacée sur l'animal. Dans la formule du totémisme, quand il s'agit de l'homme, le père peut être mis à la place de l'animal totémique.

Le système totémique est né des conditions de l'*Œdipe-complexe* dont sont à rapprocher les deux prescriptions tabou qui forment le noyau du totémisme : la prohibition de tuer le totem et la prohibition d'épouser une femme appartenant au même totem. En suivant à travers les époques successives l'identité du repas totémique avec le sacrifice animal, avec le sacrifice humain théoanthropique, et avec l'eucharistie chrétienne, on retrouve dans toutes ces solennités l'écho et le retentissement du crime primitif, la suppression du père par les efforts réunis des frères. Ceci résulte de la confrontation de la conception du totem suggérée par la psychanalyse avec le fait du repas totémique et avec l'hypothèse Darwinienne concernant l'état

primitif de la société humaine (un père violent, jaloux, gardant pour lui toutes les femmes et chassant ses fils à mesure qu'ils grandissent).

On retrouve dans l'Œdipe-complexe les commencements à la fois de la religion, de la morale, de la société et de l'art, et cela en pleine conformité avec les données de la psychanalyse qui voit dans ce complexe le noyau de toutes les névroses. Il est possible même que l'ambivalence affective, qui se trouve à la racine d'un grand nombre de formations sociales, et dont on peut supposer qu'elle constitue le phénomène fondamental de notre vie affective, n'ait été acquise par l'humanité qu'à la faveur du complexe fraternel. C'est là qu'elle trouve encore aujourd'hui sa plus haute expression.

Hypothèses ingénieuses, exposées avec beaucoup de talent, dans un livre d'une lecture attachante par la variété, l'abondance et l'intérêt des problèmes qu'il pose et des solutions qu'il offre au lecteur.

René CHARPENTIER.

Freud et la Psychanalyse. — *Etudes et Opinions*, numéro spécial du *Disque Vert* (1 vol. in-12, 204 pages, Paris, Bruxelles, 1924).

S'il était besoin de démontrer que la psychanalyse ne connaît pas de barrières et intéresse les littérateurs autant et peut-être plus, en France tout au moins, que les psychologues et les médecins, ce volume en serait la preuve, dont les auteurs appartiennent au milieu littéraire autant qu'au monde médical.

Le premier article du volume est celui dans lequel M. Hesnard expose l'opinion scientifique française sur la psychanalyse, qui, présentée, écrit-il, sous une forme brutale et un peu pédantesque, a le grand mérite d'imposer cette vérité que toute la vie pratique est faite d'affectivité. Pour M. Ed. Claparède, le mérite de la psychanalyse est d'avoir stimulé et orienté les recherches dans une foule de domaines de l'activité mentale et de s'être montrée d'une étonnante fécondité. Le professeur Freud, doué d'un sens véritablement génial de l'analyse psychologique, a pensé avec raison, ajoute M. Claparède, qu'il devait donner tout son temps à l'observation, en laissant à d'autres le soin de préciser et d'épurer les notions auxquelles il a eu recours.

Le volume reproduit un article de considérations critiques sur la méthode psychanalytique, dû à *M. le Professeur Henri Claude*. Cet article est paru dans le *Paris-Médical*, et nous en rendons compte à part. Ensuite viennent des travaux de ses élèves de la Clinique des Maladies Mentales de la Faculté de Paris. Dans un chapitre sur la libido, le Dr *R. Allendy* estime que toutes les oppositions rencontrées par les doctrines psychanalytiques tiennent à une compréhension incomplète de la sexualité et de la libido, qui est, par excellence, l'élan vital. *M. René Laforque* expose à son tour quelles sont, à son avis, les causes psychologiques des résistances qui s'opposent à la diffusion des idées psychanalytiques. *MM. A. Borel* et *G. Robin* donnent, à l'aide des théories de Freud, l'explication symbolique d'une bouffée délirante chez une jeune fille de 18 ans.

Au cours d'un intéressant aperçu historique, *M. Vinchon* donne une interprétation psychanalytique du « Songe de Poliphile ».

Nous ne pouvons que citer ici les articles de *MM. Camille Vettard*, *Edmond Jaloux*, *Jacques Rivière*, *H.-R. Lenormand*, *René Crevel*, *Melot du Dy*, *Valery-Larbaud*, *Georges Develshauvers*, *Jean Hytier*, *Ramon Fernandez*, *Marcel Arland*, *J.-C. Grenier*, *Henry Michaux*, *André Desson*, *René Lalou*, *André Ombrédanne*, *Paul Dermée*, *Jean Paulhan*, etc., articles qui ne sont pas tous à la louange de la doctrine. Car, et ceci valait d'être signalé, dans ce volume tout au moins, ce n'est pas des médecins que viennent les plus vives critiques.

Notons pour terminer l'opinion de notre confrère *Georges Duhamel*. « L'inquiétant génie de Freud, écrit-il, a déchaîné sur le monde — sur certaines parties du monde tout au moins — un fléau dont les manifestations apparaîtront clairement d'ici peu. Je ne m'en tourmente pas outre mesure. Tous les spécialistes vous diront qu'un grand savant a pu inventer une maladie, l'hystérie, mais qu'un autre grand savant est venu qui a supprimé cette maladie. »

René CHARPENTIER,

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie, par Mlle M. BADONNEL (Thèse de Paris, 1924).

Le syndrome de la mélancolie comprend, outre des troubles mentaux, des symptômes physiques connus depuis longtemps par les cliniciens. Mlle Badonnel y a mis en lumière, par de patientes recherches de laboratoire, des perturbations fonctionnelles plus ou moins latentes dans une étude très complète.

L'auteur a constaté fréquemment dans les états mélancoliques des altérations sanguines (diminution du nombre des hématies, abaissement du taux de l'hémoglobine et un certain degré de fragilité globulaire), de l'hypercholestérinémie, des perturbations dans les hyperglycémies provoquées, de l'insuffisance rénale (albuminurie transitoire, oligurie, hyperazotémie, élévation de la constante d'Ambard, élimination insuffisante de la phénolphtaléine), de l'insuffisance hépatique (urobilinurie, glycosurie alimentaire, hypoazoturie, abaissement du coefficient azoturique), de l'insuffisance cardiaque, l'abaissement de la tension artérielle, la diminution du métabolisme basal, un déséquilibre neuro-végétatif caractérisé, dans les états périodiques, par de l'hypervagotonie.

Les traitements symptomatiques n'exercent aucune action sur les troubles psychiques. On constate d'ailleurs que les signes organiques disparaissent parfois dans les mélancolies chroniques. Ces perturbations organiques ne sauraient donc être considérées comme la cause de la mélancolie, maladie organo-psychique dont l'étiologie véritable nous échappe.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Le cerveau et la pensée, par Henri PIÉRON. Un vol. in-16 de la *Nouvelle collection scientifique*, F. Alcan, 1923.

Nul n'était mieux qualifié que M. Henri Piéron pour mettre au point nos connaissances actuelles sur le fonctionnement cérébral et le mécanisme de la pensée. Certes ces connaissances sont encore bien fragmentaires ; il n'en est pas moins vrai que nous arrivons à ramener nombre de faits psychologiques à des processus physiologiques. Telle est la méthode résolument objective et dégagée de tout parti-pris doctrinal qui a inspiré cet ouvrage.

Ce qui caractérise essentiellement la fonction nerveuse, c'est l'existence de centres coordinateurs, agents de simplification, les uns transmis héréditairement, les autres de formation éducative, qui apparaissent chaque fois qu'une habitude se constitue par répétition constamment identique des mêmes processus, et qui mettent en jeu rapidement les mécanismes nécessaires à la reproduction du phénomène. Pour M. Piéron, cette notion de centres coordinateurs est capitale dans le fonctionnement cérébral. Ces centres jouent en particulier, un rôle prédominant dans la pensée symbolique qui succède, dans l'évolution sociale, à la forme élémentaire de la pensée, constituée par l'évocation successive d'impressions sensorielles.

S'appuyant sur les acquisitions récentes de la physiologie nerveuse et sur les enseignements de la pathologie de guerre, M. Piéron nous montre comment se pose actuellement le problème des localisations. A ce propos, il indique, en termes excellents, qu'on ne peut localiser des entités véritables comme l'attention, la mémoire, l'intelligence : « On ne localise pas dans les organes d'une machine les qualités de cette machine, sa vitesse, son rendement, sa marche régulière ou silencieuse, etc. L'intelligence, en particulier, est un jugement de valeur que nous portons sur le fonctionnement d'une machine cérébrale. »

Après avoir rappelé les grandes lignes du fonctionnement neuro-mental, M. Piéron passe en revue les problèmes complexes que soulève l'étude des fonctions réceptrices et incito-motrices : signification des localisations motrices ; caractères de l'hémiplégie corticale ; influences s'exerçant sur le neurone moteur ; topographie sensitive corticale, avec les précisions apportées par les observations de Cushing ; étude des anesthésies d'origine corticale et des dissociations des divers modes de la sensibilité ; distinction entre les sensibilités élémentaires et les fonctions perceptives complexes (discrimination, stéréognosie, localisation) auxquelles on ne peut songer à assigner des conducteurs médullaires ; notion d'un centre coordinateur gnosique ; critique des conceptions de Head sur les modes épicrotique et protopathique de la sensibilité et sur les trois fonctions perceptives du cortex. M. Piéron admet les distinctions générales du neurologue anglais, d'après lesquelles les excitations sensibles engendrent au niveau de l'écorce des réactions perceptives fines, différenciées, et au niveau du thalamus de réactions affectives grossières. Le thalamus n'est pas un centre sensitif proprement dit, mais un centre de réactivité affective aux stimulations sensibles, tandis que

le cortex a essentiellement une activité de discrimination sensorielle.

L'étude des fonctions réceptrices comprend, en outre, quelques données sur les réceptions visuelles, les réceptions indirectes, les localisations réflexes. M. Piéron montre que sous sa forme élémentaire la notion d'espace peut reconnaître une origine réflexe, naître de données sensorielles commandées par des réactions congénitales. Il s'appuie sur la notion de chronaxie, due à Lapicque pour préciser la spécificité des réponses des neurones aux excitations, pour expliquer le phénomène de facilitation, de frayage des voies nerveuses, base de l'habitude et de la mémoire, et pour interpréter l'appréciation des quantités d'excitation.

Une partie importante de l'ouvrage est consacrée à la fonction verbale et à la question de l'aphasie. S'appuyant sur les faits révélés par la pathologie, M. Piéron dégage tout d'abord quelques données relatives aux troubles isolés du langage, et examine la question de l'état intellectuel des aphasiques. Il envisage ensuite les mécanismes psychophysiologiques du langage et de la pensée verbale.

Il faut lire en entier la pénétrante critique de l'image-entité, « cliché reposant miraculeusement dans la substance nerveuse où quelque esprit subtil devrait aller le consulter... Il n'y a pas d'images en dehors des sensations. Comme l'atome de la chimie traditionnelle est un système d'électrons, l'image, entité statique de la psychologie traditionnelle, doit aussi se résoudre en un système dynamique, en un processus d'évocation sensorielle. » M. Piéron admet donc, mais en lui donnant un sens dynamique, l'image verbale, contrairement à l'école de Pierre Marie. Et c'est en faisant appel à la notion de centres coordinateurs qu'il caractérise les troubles aphasiques. Si les dynamismes évocateurs sont atteints, cela tient à la formation éducative d'une station d'étape. Ce qui est touché dans l'aphémie et dans l'agraphie, ce n'est pas la mémoire des images motrices des mots déposées dans les cellules de l'écorce, c'est la constitution mnémonique des mécanismes associatifs incito-moteurs, et ce trouble résulte de l'atteinte complète ou non, soit dans sa structure, soit dans ses connexions, du centre coordinateur phémique ou graphique. L'aphémie et l'agraphie représentent des formes particulières d'apraxie, opinion déjà soutenue, s'il m'en souvient, par Gilbert-Ballet et Laignel-Lavastine, mais que M. Piéron a renouvelée d'une manière très personnelle. De même la surdité et la cécité verbales sont des formes particulières d'agnosie.

Dans la vie sociale, le langage constitue une forme de

l'action, et la parole intérieure devient, non plus une représentation indirecte et symbolique, mais une représentation directe de l'expérience. L'analyse de la fonction intellectuelle du langage conduit M. Piéron à définir l'atteinte de l'intelligence dans l'aphasie de Wernicke. Pour lui, il y a en pareil cas « un déficit intellectuel incontestable, mais avec conservation possible des qualités associatives qui font la vivacité et la souplesse de l'intelligence, et le déficit intellectuel, qui atteint la pensée symbolique, porte avant tout sur la forme sociale de la pensée, sans atteindre pour cela le comportement social acquis, régi par des sentiments et des tendances qui relèvent d'une autre sphère cérébrale ». On voit comment M. Piéron parvient à concilier les conceptions, en apparence irréductibles, de Déjerine et de Pierre Marie. D'autre part, tout en rendant hommage à l'effort d'analyse de Head, il n'accepte pas les conclusions récentes de cet auteur sur la dissociation de l'aphasie en quatre formes correspondant à des fonctions élémentaires de la pensée symbolique.

Examinant enfin le problème des localisations verbales, l'auteur montre que la soi-disant faillite des localisations n'est qu'une légende, et que « notre conception anatomophysiologique du langage et de la pensée s'édifie peu à peu, gagnant en exactitude ce qu'elle peut perdre en précision apparente ».

Dans la dernière partie de son ouvrage, M. Piéron expose le rôle de la vie affective dans le comportement mental. Les variations dans le niveau de l'activité mentale sont fonction de l'intérêt, c'est-à-dire de la libération d'énergie nerveuse, phénomène fondamental de l'affectivité. L'auteur insiste sur les tendances, qui se ramènent au fond biologique primitif de l'appétition et de l'aversion, et sur l'intrication des processus affectifs et des processus associatifs. Après avoir rappelé les discussions sur l'interprétation du rôle du thalamus dans les réactions affectives, M. Piéron conclut que « l'activité thalamique suffit pour régir le comportement global d'un organisme, en fonction de certaines tendances, avec régulation affective, et qu'ainsi les réactions automatiques de peur, de colère, de satisfaction, prennent place dans un complexus qui a bien une valeur affective réelle ». Avec Lapicque, il caractérise l'émotion par une libération d'énergie nerveuse excessive qui déborde hors des voies réactionnelles. Il résume enfin les données de la pathologie affective et indique les rapports de la sphère affective, non seulement avec le système nerveux de la vie de relation, mais avec tout le système de la vie

organique. En somme, « les fins véritables de l'action relèvent, non plus de la sphère intellectuelle néomentale, mais de la sphère affective ou paléomentale, biologiquement primitive, et qui doit être nettement dissociée de la précédente ».

Ce livre, nourri de faits et d'idées, a sa place marquée dans la bibliothèque de tout aliéniste soucieux de se tenir au courant des progrès de la cérébrologie. D'un point de vue plus étroitement utilitaire, il rendra les plus grands services aux candidats au concours de médecin des asiles ; ils y trouveront une documentation de première main et des vues générales de psychophysiologie cérébrale qui manquent, à ma connaissance, dans les traités de physiologie, et qui constituent une excellente introduction à l'étude de la pathologie mentale.

G. DEMAY.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHANALYSE

Considérations critiques sur la Psychanalyse, par le Prof. Henri CLAUDE (in *Paris-Médical*, 14 juin 1924).

Dans cet article, le Prof. Henri Claude s'élève contre les discussions qui eurent lieu dans les sociétés médicales françaises, discussions dans lesquelles la psychoanalyse fut fort malmenée par des auteurs « qui n'avaient jamais eu recours à cette méthode d'investigation ». Il déclare avoir constaté personnellement les heureux effets de la cure psychanalytique dans quelques cas (non pas dans tous) dans lesquels ne donnaient pas de résultats les méthodes psychothérapiques usuelles, aidées des agents pharmacodynamiques.

Mais il n'est pas d'avis de généraliser l'emploi de la méthode de Freud qui, pour lui, ne trouve son emploi que dans un nombre de cas très limités. Il demande que la pratique psychanalytique, « si brutale par certains côtés », reste strictement dans le domaine médical. Les dangers (aggravation de l'anxiété, des idées obsédantes, des scrupules) auxquels peut exposer cette méthode exigent qu'elle

soit conduite à bonne fin par un technicien habile, perspicace, doué de toutes les qualités d'autorité, de tact et de conscience qu'on doit réclamer d'un « confesseur ».

Le prof. Henri Claude fait observer que, seuls, des médecins non familiarisés avec la psychanalyse peuvent croire que le pansexualisme résume toute la doctrine. Si l'instinct sexuel est un des plus actifs de ceux qui sont à l'origine de beaucoup de nos sentiments et de nos actes, d'autres instincts tels que celui de la conservation et même certaines tendances intéressées individuelles, sont susceptibles d'être la cause des mêmes complexes et de subir le même refoulement.

Comme conclusions de cet exposé dans lequel se trouvent résumées quelques-unes des notions enseignées par lui dans ses cours de la Faculté de Médecine et de la Clinique des maladies mentales, le Professeur Henri Claude demande aux médecins français d'accepter certaines des notions mises en lumière par Freud, et d'en utiliser les applications thérapeutiques dans certains cas soigneusement choisis. Ceci, tout en tenant compte de la constitution du sujet traité, en étudiant les conditions biologiques qui ont favorisé l'apparition des troubles psychonévrosiques et en apportant à la cure psychanalytique l'aide d'agents thérapeutiques pharmacodynamiques et endocriniens.

René CHARPENTIER.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Soixante-septième Assemblée de la Société suisse de Psychiatrie

La Société suisse de psychiatrie s'est réunie à Zurich, le samedi 15 et le dimanche 16 novembre derniers. Cette Société, qui groupe tous les psychiatres suisses et qui fait un très aimable appel à la collaboration des confrères étrangers, ne se réunit que deux fois par an, au printemps, dans un asile de la Confédération, en hiver, dans une ville universitaire. Le choix de Zurich, capitale intellectuelle de la Suisse allemande, grande et jolie ville peu éloignée du Rhin, la réputation de l'Ecole du Burghölzli, l'inauguration du buste de Forel, avaient attiré à cette session de la Société, de nombreux psychiatres allemands réputés et distingués ; nous ne nous trouvions par contre que cinq français : le docteur Aug. Marie, mes amis Prince et Minkowski, Mme Minkowska et moi. Le président de la Société, le jeune et distingué docteur Repond, bien connu des aliénistes français, fréquentant les Congrès annuels m'a très aimablement exprimé le regret de ne point voir nos compatriotes venir plus nombreux discuter des questions sur lesquelles on leur saurait, du reste, gré de fournir des rapports. Les médecins français, je le sais maintenant par expérience, seront très cordialement reçus par leurs confrères suisses qui viennent du reste d'élire membres d'honneur de leur Société MM. Claude et Colin.

La session de la Société était consacrée à l'étude de quelques questions se rapportant toutes à la paralysie générale. Le P^r Binswanger, suisse de nationalité, retiré aujourd'hui à Kreutzlingen, après avoir longtemps professé à Iéna, traita de la pathologie et de la pathogénie de la P. G. dont les lésions primaires sont déjà constituées, dit-il, avant que n'apparaissent les symptômes prémonitoires. Si la syphilis est bien la cause principale de la P. G., il faut cependant, pour lui, des causes adjuvantes pour faire d'un syphilitique un p. g. ; ce seraient : un état de moindre résistance du cerveau, de l'hypoplasie des vaisseaux, une perméabilité anormale des méninges. Les traumatismes craniens jouent indubitablement un rôle prédisposant.

L'existence enfin d'un spirochète neurotrope est pour Binswanger, sinon démontrée, du moins très vraisemblable.

Le Pr Spielmeyer de Munich dont les travaux sur l'anatomie pathologique du système nerveux sont remarquables, expose, comme il les a présentées dans son traité, les lésions de la P. G.

Le Dr Steck, de Céry-Lausanne, a étudié la fréquence des symptômes du corps strié dans la P. G. Ce symptôme existerait fréquemment selon lui, souvent assez fruste, dans le stade terminal de l'affection. Les troubles de la mimique, l'attitude figée, l'akinésie, la séborrhée faciale, la raideur, les troubles de la parole, les tremblements, en seraient la manifestation. Sur 65 p. g. examinés, 40 auraient présenté des symptômes témoignant de l'atteinte du corps strié. Cette atteinte fut constatée microscopiquement chez 25 de ses malades et ce qui étonne Steck, c'est de n'avoir pas décelé de lésions dans le cerveau de tous les p. g. ayant présenté des symptômes pallidaux. Il est à remarquer que c'est surtout chez les p. g. ayant présenté passagèrement des troubles catatoniformes que l'on trouve des lésions du corps strié dont l'atteinte paraît être une des bases organiques du syndrome catatonique. Des projections de microphotogrammes montrent les lésions très accusées de la névroglie de la région striée, dont les cellules et les fibres sont hypertrophiées.

Le Pr Maier, de Zurich, élève et collaborateur de Bleuler, présente une statistique de la P. G., dans les asiles suisses. Ce seraient 8 0/0 des syphilitiques qui deviendraient paralytiques. Il y eut une augmentation très sensible du nombre des p. g. en 1913 (202) ; ce fut la seule année où le nombre de 200 fut atteint ; la proportion de ces malades resta élevée pendant toute la guerre mais décroît sensiblement depuis 1919. Le Pr Maier voit la raison de cette régression dans le fait que les syphilitiques qui devraient maintenant devenir paralytiques, ont été contaminés à l'époque où on commença à les traiter au salvarsan.

Cette explication ne satisfait pas le Dr Marie, encore moins le Pr Hoche, qui traitant de « la thérapie de la P. G. », déclara qu'il n'avait jamais vu un paralytique guéri. Le rapporteur admet bien que toute infection doit pouvoir être jugulée ; il faut pour cela trouver le moyen de neutraliser l'agent infectant, et il y a lieu d'espérer que l'on guérira un jour la syphilis, qui pourra peut-être même disparaître, mais pour ce qui est de la P. G., c'est une affection apparaissant à la suite de lésions qui ne peuvent régresser. Hoche n'espère donc rien du traitement malarique, il craint par contre qu'en l'employant, on ne provoque

des épidémies de malaria, ce qui ne paraît pas impossible à Aug. Marie, qui a trouvé sur des sujets malarisés des gamètes qui en principe ne devraient pas exister dans le sang des malades traités.

Le Dr Bersot (de Zurich) estime par contre que le traitement malarique a guéri sept des vingt paralytiques qu'il a traités. Demole a été favorablement impressionné à Vienne par les résultats « admirables », obtenus chez des p. g. déments traités par l'infection paludéenne.

Le Pr Wilmanns d'Heidelberg voudrait voir les nations civilisées entreprendre une vaste croisade contre la syphilis et commencer la lutte en faisant faire une enquête sévère sur la fréquence de l'affection et sur ses conséquences réelles. La Société décide de demander et à la Société des Nations et à la Fondation Rockefeller d'organiser cette enquête et surtout d'en prendre les frais à leur charge.

Le Dr Minkowski de Paris, élève de Bleuler, venu pendant la guerre, de Zurich en France, pour prendre place dans les rangs français, puisqu'il ne pouvait rejoindre l'armée de son pays d'origine, élève le débat aux nues psychologiques et provoque une discussion intéressante qui nous vaut d'entendre son Maître nous parler de la schizophrénie.

Minkowski expose que la conception synthétique de la D. P. de Kraepelin ayant posé un problème psychologique d'ordre général, il devenait nécessaire de préciser le processus fondamental commun à toutes les variétés de la D. P. et de le délimiter par rapport à d'autres formes de déchéance mentale et en particulier par rapport à l'affaiblissement intellectuel. Si ce dernier se laisse facilement définir comme « perte progressive du jugement et de la mémoire », il n'en est pas de même pour le déficit spécifique réalisé dans le syndrome D. P. sur lequel la conception de Bleuler a projeté quelque clarté en faisant ressortir nettement la défaillance du facteur pragmatique. « L'évolution de la doctrine de Bleuler, dit Minkowski, l'a de plus en plus rapproché des notions bergsoniennes » et il semble permis de dire que le trouble essentiel de la schizophrénie se rapporte avant tout à la « fonction de pénétration » (Bergson). Les états isolés de conscience, les traces mnésiques, les sentiments et les volitions isolées, en un mot tous les facteurs statiques de notre psychisme, restent intacts, mais ils ne se pénètrent plus et ne forment plus cette continuité qui est notre vie : le facteur dynamique est défaillant.

Chez les p. g. au contraire, affaiblis intellectuels, la fonction de pénétration, le facteur dynamique persistent. Si souvent, ils ne savent plus où ils sont, la notion du « moi,

ici, maintenant » subsiste. On les entend répondre à la question « d'où venez-vous ? » — « de là où j'étais avant ». La notion du changement de lieu existe ; ce sont les images mnésiques qui manquent à l'orientation du malade dans l'espace. De même bien des manifestations psychiques des p. g. sont déterminées par la notion de succession immédiate, par les « tantôt, tout à l'heure, tout de suite », sans qu'ils soient en état de rapporter cette succession au cadre fixe des années, des mois, des jours. Le sens pragmatique reste également longtemps conservé chez eux, contrairement à ce que nous observons chez les schizophrènes. Enfin dans la phase délirante d'une P. G. banale, le dynamisme semble atteindre ses extrêmes limites. Tout est mouvement et le malade traduit ce sentiment à l'aide d'idées de grandeur absurdes.

Cette différence foncière entre le comportement des schizophrènes et celui des p. g. permettra d'établir avec le temps en psychopathologie, les grands processus mentaux.

Wilmanns n'admet pas une distinction aussi nette entre les états psychologiques des d. p. et des p. g., ne serait-ce que parce que, selon lui, les symptômes de la série paralytiques disparaissent chez certains p. g. malarisés, améliorés pour faire place au tableau clinique d'une schizophrénie typique.

Le Pr Bleuler estime que la présence chez certains p. g. de symptômes schizophréniques (fait connu depuis longtemps), ne peut s'expliquer que par la pré-existence d'une constitution schizoïde. Cette constitution peut être activée par des agents nocifs d'ordre différent et déterminer soit l'apparition de symptômes schizophréniques au cours de diverses psychoses (P. G., délire alcoolique...), soit l'éclosion d'une schizophrénie typique.

MM. Bleuler et Minkowski estiment que les faits cités par Wilmanns ne sauraient mettre en jeu la différence essentielle d'ordre psychologique entre l'affaiblissement intellectuel d'une part, et le processus schizophrénique d'autre part.



La session de la Société se termina au Burghölzli par l'inauguration du buste de Forel, prédécesseur du Professeur Bleuler. Forel qui vit retiré en Suisse romande, était non seulement un psychiatre distingué, mais encore un sociologue. Bourru bienfaisant, dont on narre les boutades et les réparties, il mena un combat acharné contre l'alcoolisme, la syphilis, le paupérisme... On connaît surtout en France son bel et volumineux ouvrage intitulé *La question*

sexuelle exposée aux adultes cultivés. Le D^r Repond avec beaucoup d'humour, le P^r Bleuler en faisant revivre quantité de souvenirs personnels, nous dépeignent tour à tour l'apôtre que fut Forel qui, portant des coups et en recevant aussi, fit avec modestie une œuvre essentiellement utile. Le D^r Marie, au nom des psychiatres français, le P^r Gaupp, au nom des psychiatres allemands, rendirent hommage à Forel. A cette occasion, comme aux différents banquets et aux réunions auxquelles nous primes part, M. Marie, les orateurs allemands, et nos confrères suisses tout particulièrement, se félicitèrent de cette rencontre de médecins qui, appartenant à des nations hier encore ennemies, paraissaient disposés à collaborer de nouveau. Il est bien évident que dans le domaine de la Science et surtout de la Science s'appliquant à guérir, il ne saurait y avoir de ces mésententes hostiles qui, il faut l'espérer, disparaîtront bientôt de tous les domaines.

MM. Bleuler et Maier, voulurent bien retenir à dîner au Burghölzli les médecins qui ne quittaient pas Zurich le même soir, et nous eûmes ainsi la bonne fortune de pouvoir passer la soirée dans le milieu très familial du Burghölzli où les assistants et assistantes nombreux entourent le chef de l'Ecole d'une sympathie respectueuse et affectueuse.

Parcourant le lendemain matin les librairies de Zurich en quête de quelque travail intéressant, nous eûmes la surprise de ne nous y voir offrir, en tout et pour tout, comme production psychologique (si l'on peut dire !) d'origine française, que les ouvrages d'un certain... pharmacien de l'Est, dont les portraits, à la plume ou au crayon, et les photographies dans l'exercice de son art psychothérapique, ornent un bon nombre de devantures zurichoises. Les éditions françaises et allemandes de son ouvrage s'enlèvent à mesure qu'elles arrivent et l'ignorance dans laquelle je me trouvais des titres et sous-titres des travaux du *Professeur X...*, me valut de passer auprès des *Maloine* de l'endroit, pour un Monsieur bien peu au courant des productions les plus brillantes de son pays.

En terminant ce compte rendu, je demande à mes collègues français de faire un effort pour que nous soyons à l'étranger plus connus, plus lus, plus appréciés.

La prochaine réunion de la Société aura lieu à Kreutzlingen en juin ; on y parlera de la formation du personnel infirmier, de la « stérilisation » de certains aliénés des deux sexes et des conditions dans lesquelles peut être pratiqué l'avortement chez certaines aliénées.

FRANTZ ADAM.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du Lundi 15 Décembre 1924

Président : M. le D^r TOULOUSE

Un nouveau cas de p. g. conjugale. — MM. MARIE et BERNADOU présentent un p. g. à la période d'état dont la femme est morte de paralysie générale, quatre ans auparavant, à l'Asile de Vaucluse. Les cas semblables ne seraient pas rares pour qui les recherche. La syphilis y montre sa prédilection pour le système nerveux et son inocuité pour les téguments et les muqueuses, l'accident primaire excepté, ils démontrent l'existence d'une spécificité tissulaire de la syphilis causale, d'un neurotropisme syphilitique.

Paralytiques généraux en rémission après leucopyréthérapie associée au bismuth. — MM. A. MARIE et V. KOHEN présentent 5 P. G. en rémission typique après pyrétothérapie par la tuberculine, le lait stérilisé, l'inoculation malarique, et rappellent qu'ils ont observé des rémissions plus ou moins durables dans la moitié des cas traités par la tuberculine, le lait ou le nucléinate. Ils ont également inoculé la fièvre tierce depuis cinq mois à 50 autres malades dont ils annonceront le résultat plus tard.

Auto-intoxication hépatique, confusion mentale ou démence. (Service de M. H. COLIN, Admission). — MM. P. ABÉLY et P. CARRETTE présentent un homme âgé de 55 ans atteint depuis 3 mois d'un syndrome confusionnel d'allure très variable d'un jour à l'autre. Cet état masque sans doute un affaiblissement intellectuel ancien dont il est difficile aujourd'hui d'établir le diagnostic, celui de paralysie générale étant éliminé par la constatation de réactions biologiques négatives, malgré la présence de symptômes tels que : embarras de la parole, diminution des réflexes tendineux, inégalité pupillaire. Les premiers troubles mentaux ont éclaté il y a dix ans à la suite d'un violent traumatisme de guerre. Le sujet, qui a fait pendant quelque temps des abus alcooliques, présente de l'insuffisance hépatique décelée par les procédés d'exploration fonctionnelle du foie. Les auteurs pensent, étant donné le terrain sur lequel évolue la psychose en cours, que l'avenir de l'état mental est très compromis chez ce malade.

Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. — MM. CAPGRAS, P. LUCETTINI et P. SCHIFF présentent une malade chez laquelle se sont développés, à la suite d'une période d'affaiblissement organique, des phénomènes d'automatisme mental et un sentiment d'étrangeté très net et très accusé. La malade offre, en outre, de façon extrêmement tenace, le phénomène de l'illusion des sosies. Pour les auteurs, cette illusion des sosies a, chez cette malade, un caractère rationnel, elle répond à un effort intellectuel fait par la malade pour lutter contre le sentiment d'étrangeté.

La base organique de cette symptomatologie complexe est un processus de syphilis cérébrale ou de paralysie générale au début.

Discussion sur un cas d'automatisme mental datant de 20 ans, MM. HEUYER et LAMACHE. — Malade de 51 ans qui présente un syndrome d'automatisme mental très complet et pur, sans idées de persécution, et avec des hallucinations visuelles épisodiques, de nature spéciale. Ce malade qui a déjà été présenté à la Société en 1911 et dont la vie riche d'aventures comporte 5 années d'internement et 15 années de prison, est suspect de simulation, tant il montre de tendances au parasitisme administratif. Toutefois, après avoir discuté la simulation et l'existence d'un délire d'imagination ou de rêverie, les auteurs concluent à l'authenticité de l'hallucinoïse sans délire, et avec troubles réactionnels de la conduite qui ont déterminé le désordre des actes.

Hémorragies méningées avec crises convulsives atypiques chez une urémique, par G. NAUDASCHER. *Présentation de préparations histologiques et de microphotographies en couleurs.* — Il s'agit d'une femme de 39 ans chez laquelle les crises convulsives avaient un caractère particulier : elles consistaient en mouvements de flexion et d'extension des bras et des jambes rappelant les gestes des boxeurs et les efforts d'une marche à pas précipités. Ces crises se sont reproduites à trois reprises, elles s'accompagnaient de perte absolue de la connaissance, elles étaient suivies d'une période comateuse de plusieurs heures avec respiration de Chaynes Stokes.

L'autopsie a permis de constater en même temps que la néphrite interstitielle, des lésions très importantes des artères cérébrales et de nombreux foyers d'hémorragies méningées des deux hémisphères avec intégrité des zones motrices.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

LE D^r JEAN CAMUS

C'est un savant incontesté et un esprit supérieur qui vient de disparaître de façon si prématurée. Doué du véritable esprit scientifique, il ne se contentait pas d'hypothèses plus ou moins ingénieuses et n'affirmait que des faits contrôlés par l'expérience ou basés sur une rigoureuse observation. Sa mort, survenue dans des circonstances particulièrement pénibles, laisse un grand vide dans la Médecine Française et plus particulièrement dans la physiologie et la pathologie du système nerveux. Nous adressons à sa famille l'expression de notre plus profonde sympathie.

H. COLIN.

LE PROFESSEUR JEAN CROCQ

Le Professeur Jean Crocq vient de mourir des suites d'une maladie contractée au chevet d'un malade.

Né à Bruxelles, le 1^{er} mai 1868, il avait été reçu docteur spécial à la Faculté de Médecine après la défense d'une thèse brillante intitulée : « Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtériques. »

Agrégé à l'Université de Bruxelles depuis 1896, il avait été nommé, il y a deux ans, professeur de psychiatrie à Gand.

En plus de nombreux travaux qui resteront parmi les meilleurs, son nom demeurera attaché au journal et à la Société de Neurologie et de Psychiatrie qu'il avait fondée avec le D^r Francotte.

Depuis de longues années, c'était un membre assidu du Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. En 1910, il présidait en même temps que le D^r Klippel, le congrès de Bruxelles. Sa perte sera vivement ressentie par tous ses collègues français.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE,
DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

CONCOURS DE MÉDECINS EN CHEF DES ASILES PUBLICS
D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Erratum au *Journal officiel* du 3 décembre 1924, décret portant modification du décret du 13 mars 1920 applicable au concours des médecins des asiles publics d'aliénés du département de la Seine : page 10.598, article 1^{er}, *in fine*, au lieu de : « et comptant à ce titre dix années de services », lire : « et comptant à ce titre quatorze années de services ».

Journal officiel, 16 décembre 1924, p. 10990.

VACANCES DE POSTES

Le poste de médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Blanche-Couronne (Loire-Inférieure), est actuellement vacant.

Au sujet de l'annonce des vacances de postes de médecins dans les asiles, le Docteur Henri Colin, Médecin en chef à l'Asile clinique, Président de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés, a écrit à M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, la lettre suivante :

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Actuellement les vacances de postes médicaux dans les asiles d'aliénés sont annoncées dans le *Journal officiel* et dans les principaux journaux médicaux. Mais dans les asiles où sont en fonction plusieurs médecins, on ignore lequel de ceux-ci se retire, et les candidats sont ainsi privés d'un renseignement utile (ancienneté des autres médecins par rapport au candidat, d'où indications sur le logement, le service auquel il peut aspirer).

D'autre part, quand la nomination d'un médecin au poste vacant est effectuée, elle n'est pas annoncée officiellement ; or cette annonce permettrait à nos collègues d'envisager, dès ce moment, des vacances ultérieures et de prendre leurs dispositions en conséquence.

J'ai l'honneur de vous proposer de bien vouloir adopter les dispositions suivantes qui sont d'une application aisée et seraient accueillies favorablement par tous les médecins des asiles :

1) Dans l'annonce indiquant la vacance d'un poste, ajouter : par suite de la mise à la retraite, ou du changement de M. le Dr X., nommé à....

2) Faire paraître dans le *Journal officiel* et dans les principaux journaux médicaux toutes les nominations et changements de poste des médecins-directeurs et médecins-chefs des asiles.

Veuillez agréer...

En réponse à cette lettre, le très aimable et très distingué directeur de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. le Conseiller d'Etat G. Lebeau, nous répond le 26 janvier :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Vous avez bien voulu me proposer certaines modifications à la procédure actuellement employée pour la publication des vacances et des nominations de médecins des asiles d'aliénés.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que ces propositions ne soulèvent aucune objection de la part de mes services.

Il sera, en conséquence, tenu compte à l'avenir de vos suggestions.

Veuillez agréer...

NOMINATIONS

M. le Docteur Daniel SANTENOISE, médecin-chef des asiles publics d'aliénés, fils de notre très sympathique collègue le Dr Santenoise de St-Ylie, a été nommé après concours inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur.

M. le Dr Paul ABÉLY est nommé médecin-chef de service à l'asile de Prémontré, en remplacement de M. le Dr Daniel Santenoise.

M. le Dr Ch. LADAME a été élu professeur de Clinique Mentale à l'Université de Genève et promu directeur de l'asile de Bel-Air.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix Charles Boullard. — M. René CHARPENTIER, Secrétaire de la Société médico-psychologique, secrétaire permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Prix Baillarger. — M. Maurice DUCOSTÉ, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*La collaboration médico-administrative
dans les Asiles d'Aliénés*

Quand j'écrivais ici-même, en 1921, les chroniques sur la suppression de l'adjuvat, je croyais que cette réforme ferait cesser les discordes attribuées aux loisirs forcés d'une jeunesse ardente. Mon espérance ne s'est pas complètement réalisée, non point par la faute des adjoints promus au rang de chefs. Le travail, l'initiative et la responsabilité donnés, dès leur début, aux médecins des asiles, comme aux médecins des hôpitaux, c'est un progrès incontestable ; mais ce progrès n'a pas été partout accepté de bonne grâce. Se jugeant, bien à tort, découronnés, quelques Directeurs-médecins, en petit nombre, ont pris à l'égard de leurs anciens subordonnés une attitude nuisible à la bonne entente indispensable. Entre la fonction administrative et la



fonction médicale est apparu, de ce fait, un antagonisme tel qu'il peut persister même là où les deux fonctions sont réunies, la première étouffant sa rivale.

Depuis longtemps tout a été dit sur les difficultés de la collaboration médico-administrative. Les vieux, dont je suis, n'ont pas oublié les intéressants rapports de Charuel, de Dezwarte et Lalanne aux Assemblées générales de l'Amicale en 1909, 1910 et les articles vécus du D^r Jean, pseudonyme d'un Directeur-médecin, aujourd'hui médecin en chef d'un asile de la Seine. Pour l'édification des jeunes, j'y cueille quelques apophtegmes meilleurs que ma prose. Je les illustrerai ensuite à la mode du jour.

A tout seigneur tout honneur. Du baron Haussmann, Préfet de la Seine : « A mon sens et quoique en qualité d'administrateur, je sois porté à accorder la prééminence à l'administration, ce n'est point le directeur qui doit dominer dans un asile, mais bien le médecin... C'est à la pensée médicale que tout doit être subordonné dans un établissement de ce genre. »

En 1883, un autre Préfet de la Seine, Hérold, proposa « de placer l'administrateur de l'asile sous le contrôle du service médical exercé par un comité de médecins chefs de service ». On connaît les vœux analogues maintes fois renouvelés par le Conseil général de la Seine.

« L'autorité du médecin, écrivait Ferrus, doit être sans limite sous le rapport du traitement et de la direction intérieure des asiles d'aliénés. »

« La situation du médecin ne doit jamais être subordonnée, il doit toujours pouvoir manier sans entrave ce précieux instrument de guérison qu'on

appelle l'asile, c'est-à-dire ce milieu spécial, tout exceptionnel, créé uniquement en vue de l'aliéné. » (Inspecteur général Lunier).

Voilà le principe ; en voici l'application.

« Tout dans un asile peut entre directeur et médecin devenir un *casus belli*. En droit le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux ; en fait le directeur a toujours le pas sur le médecin. Et c'est tant pis pour les malades. » (Inspecteur général Constans).

« Frères siamois de l'asile et, partant, frères ennemis, le directeur et le médecin sont voués par leurs origines et la nature de leurs attributions à une antipathie constitutionnelle. » (D^r Chambard).

« Parce que ces deux autorités n'ont pas entre elles les mêmes affinités professionnelles et que là où le médecin voit l'obligation, le directeur ne voit souvent que du superflu, il y a un fossé qu'il me paraît difficile de combler, malgré l'appel pressant qu'on pourra adresser aux meilleures volontés. » (D^r Charuel).

« Les médecins en chef et les directeurs non médecins ne parlent pas la même langue : pour les médecins l'aliéné est un malade, pour les directeurs administratifs il ne peut être qu'un prix de journée sur lequel il est nécessaire de réaliser. » (D^{rs} Dez-warte et Lalanne).

« Lutte à coups d'épingles, rivalités incessantes, petite guerre continuelle, ainsi se passe la vie dans les asiles où les malades sont soumis à deux maîtres dont l'un commande au personnel et dispose de l'argent, c'est-à-dire de la nourriture, des vêtements, du linge, du chauffage, de l'éclairage, etc., tandis que l'autre n'a que le droit de distribuer des

médicaments et de prendre des observations. Aucun système n'est plus préjudiciable à l'aliéné, car si le directeur fait des économies au détriment des malades, le médecin devient impuissant à leur assurer les soins indispensables à leur état. » (D^r Jean).

De cette incompatibilité apparente entre les fonctions médicales et les fonctions administratives résulte quelquefois, suivant le mot du D^r Navarre au Conseil général de la Seine, une « anarchie », alors que l'accord complet serait nécessaire, et obligatoire la collaboration intime entre les deux fonctionnaires. « Cet accord complet, disait Dubief à la Chambre des Députés, vous ne pouvez le réaliser que si les deux fonctions sont réunies sur la même tête et entre les mêmes mains. » Hélas ! des incidents récents ont prouvé l'inefficacité de ce moyen dès que le Directeur-médecin n'est pas l'unique et souverain maître. Le Conseil général du département où se sont produits ces incidents s'est empressé, pour d'autres raisons peut-être, de conclure que mieux valait au contraire diviser les fonctions ; il a remplacé à la Direction le médecin par un administrateur ; l'avenir nous apprendra s'il ne s'est pas trompé.

Aussi bien, peut-on aller à la source de ces conflits, on constate que l'antagonisme réel des fonctions s'exagère en raison du caractère individuel des fonctionnaires : susceptibilité des uns, autoritarisme des autres.

Tous les directeurs ne se croient pas omnipotents, loin de là, mais ils ont, presque tous, une tendance naturelle à négliger les prescriptions du règlement de 1857 qui gênent le plein exercice de leur pouvoir et cela d'autant mieux que les méde-



cins ne s'en préoccupent guère et laissent ces prescriptions tomber en désuétude. Ceux-ci en effet, sauf exceptions, n'agissent que pour des motifs impérieux, quand l'hygiène et la bonne tenue de leur service, la santé ou le bien-être des malades se trouvent menacés par des mesures trop strictement administratives. Mais a-t-on jamais entendu dire, par exemple, qu'un médecin, même pointilleux, ait exigé, comme il en a le droit, de connaître chaque jour, avant la visite du matin, le régime alimentaire du jour ? Le voit-on passer dans les ateliers pour examiner comment sont employés les malades qu'il a désignés pour un travail déterminé ? Est-ce que les préfets ont souvent l'occasion d'appliquer l'article 22 au sujet « de dissidences entre le directeur et le médecin en chef sur l'opportunité de mesures exigeant leur concours réciproque » ?

Le ministre put affirmer à la tribune de la Chambre en 1907 que ces conflits étaient exceptionnels et cette affirmation reste vraie aujourd'hui. Mais il est également vrai qu'en dehors de toute différence de conception, en dehors de toute opposition fondamentale entre le point de vue administratif et le point de vue médical, des directeurs admettent difficilement les prérogatives parallèles aux leurs et s'ingénient à les faire converger à leur profit, chose facile quand on tient les cordons de la bourse et les rênes de l'attelage.

Enfin, et ceci est beaucoup plus grave, quelques autocrates, médecins aussi bien qu'administrateurs, dissimulant parfois leur secret orgueil et leurs prétentions sous un air de bonhomie, cherchent, inconsciemment peut-être, à diminuer la situation morale du seul fonctionnaire de l'asile qui soit

leur égal, dans l'espoir, assez vain, de grandir leur prestige. Ces dictateurs au petit pied sont rarissimes, mais ils existent et leur existence suffit à décourager ou même à ruiner d'avance tout essai loyal de collaboration avec quiconque paraît leur ressembler. Une fois démasqués, en effet, après quelque sottise impardonnable, ils discréditent la fonction par la déduction, si fausse mais si humaine, que l'on tire communément du particulier au général. Quel tort n'a pas fait à la profession tel scandale, publié de tous les côtés, où, malgré le jugement du tribunal, l'innocent aurait, en fin de compte, payé pour les coupables sans l'intervention de l'autorité supérieure.

On m'a conté à ce propos une autre histoire fantastique dont je puis certifier l'authenticité. Dans un grand asile de la région parisienne vivaient en paix deux confrères, anciens camarades d'études, l'un directeur effréné, l'autre aliéniste placide. Un beau jour le premier, pour corser un sien rapport à la Préfecture, écrivit qu'un médecin de l'établissement avait refusé de soigner un blessé. Je ne sais quel diable ensuite le poussant, d'un coup de langue il dénonça son cher camarade, parla d'hémorragie abondante, de blessure siégeant près de la fémorale, bref un cas pendable. La Préfecture indignée transmit aussitôt le rapport au ministère. Crime abominable ! y déclara-t-on. Quel châtimement serait capable d'expier ce forfait ?... Avant de le lui faire voir, il fallut tout d'abord questionner l'inculpé. Stupéfaction : il avait perdu la mémoire. Une enquête fut ordonnée : elle révéla que la conversation véhémement d'un cuisinier et d'un directeur avait transformé la délivrance gracieuse d'un certificat en refus d'arrêter une hémorragie

artérielle, laquelle, par bonheur, n'était que le flux d'une imagination passionnée... Dès lors cette erreur directoriale, que d'aucuns prenaient pour une diffamation, devint une toute petite peccadille inoffensive, voire même une marque de délicatesse méconnue. Ainsi finit la comédie avec cette seule moralité : Beaucoup de bruit pour rien !

Voilà bien un fait typique, exceptionnel sans doute, mais non pas unique. Ce carnaval, un directeur, pour distraire pensionnaires et familles, bien entendu sans demander le moindre assentiment médical, donne une matinée où l'on accourt des quatre coins de la maison et là, devant un auditoire choisi, il trouve plaisant de faire ridiculiser par un persécuté rimeur un médecin dont tout le monde connaît le dévouement. Ailleurs celui-ci accuse les médecins, à leur insu, de collusion avec un syndicat d'infirmiers, celui-là, par des insinuations perfides, tente de provoquer une enquête sur l'honnêteté de son collaborateur. Enfin, voici le comble : l'administrateur d'une petite colonie d'aliénés ose demander la suppression du médecin qu'il se charge de remplacer !

Dans tout cela y a-t-il conflit d'ordre médico-administratif ? Pas du tout ! Explosion de vanité, prurit de jalousie, soif de domination, mesquineries, fourberies, tout cela rappelle les pièces de Molière : on en rit alors qu'on devrait en pleurer. Car malheureusement c'est tant pis pour les malades, comme écrivait l'inspecteur général Constans, et c'est aussi tant pis pour les médecins.

Déjà des pessimistes trop pressés proclament la grande pitié des asiles de France. *Le Petit Journal* du 6 février signale, après des critiques excessives sur l'alimentation, « la détresse des asiles

de la Seine, leur indigence et l'habileté des directeurs, qui, malgré l'insuffisance de crédits, rivalisent d'économies au préjudice de ceux qui ne peuvent se défendre. » En janvier, dans un article de la *Dépêche médicale*, qui contient heureusement des inexactitudes flagrantes, un praticien, le D^r Paul Thomas, ne craint pas d'assurer que « dans ces Edens qu'on appelle les asiles et où le directeur est souvent une façon de tyran, icelui qu'on y enferme y mène une vie bien peu différente de celle des maisons centrales. » Et l'Etranger nous regarde : naguère un psychiatre sud-américain, visitant un bel asile de la Seine, s'étonnait d'y trouver tant de grilles, grille extérieure, grilles intérieures, et de ne point rencontrer un seul malade se promenant dans les vastes espaces qui séparent ces grilles. Or le directeur de ce même établissement, déplorant, lui, le délabrement de la grille périphérique, proposait de la remplacer par un mur élevé entre deux sauts-de-loup et interdisait toute promenade en dehors des quartiers, même aux malades les plus tranquilles, même le dimanche en compagnie de leurs parents.

Ces disciplines rétrogrades ne se généraliseront jamais, souhaitons-le ; il serait donc prématuré de s'en plaindre ; mais on y viendrait vite si les avis médicaux n'étaient plus écoutés. Insidieusement des habitudes d'encombrement, de disette et de contrainte s'établiraient et rapidement reculerait cette Assistance des Aliénés, créée et perfectionnée par nos Maîtres du XIX^e siècle. L'asile-hôpital, avec ses nombreuses salles d'alitement, qui s'organisait au temps de Magnan, redeviendrait l'asile-caserne, la garderie d'autrefois, avec ses liens, ses camisoles et ses murs de prison.

Le remède ? On le trouverait peut-être dans la suggestion du Préfet Hérold et les projets du Conseil général de la Seine : institution dans chaque asile, d'un Comité-directeur médico-administratif. En attendant, pour éviter entre les deux fonctions des heurts contraires à une bonne collaboration, on pourrait suivre l'indication donnée par M. Albert Sarraut, sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur, c'est-à-dire, reviser le règlement de 1857 et « délimiter d'une manière plus précise la sphère d'action de chacune des deux parties en présence », à la condition de mettre en tête du nouveau règlement l'axiome d'Hausmann : c'est à la pensée médicale que tout doit être subordonné dans un asile d'aliénés.

J. CAPGRAS.

Délire systématisé avec hallucinations visuelles et Considérations sur la psychologie des délires

Par

P. GUIRAUD

et

M. SONN

Médecin-Chef

Interne

des Asiles de la Seine

Alphonse B. présente des troubles mentaux à l'âge de 42 ans. Il devient inquiet, méfiant, renvoie ses domestiques pour des motifs inexplicables, se figure que les journaux parlent de lui, considère comme des ennemis la plupart des personnes avec lesquelles il était en relation. Il doit être interné en juin 1914 après trois ans de troubles mentaux progressifs. Pendant quelque temps, il donne l'impression d'un persécuté purement interpréteur. Il se plaint que des intrigues malhonnêtes le mettent dans des *situations pénibles* ; qu'il est dans une atmosphère de malveillance impossible à décrire, il a l'intuition d'un *mystère pénible*, de choses invraisemblables provoquées sans doute par une série de personnes qu'il désigne. Bientôt il se sent victime d'agressions sur sa personnalité physique et mentale : « Je suis l'objet, écrit-il, de tentatives déplorables. J'ai au surplus en principe la plus grande antipathie pour cette façon d'agir : tout ce qui est en dehors de la parfaite santé, selon moi, n'est pas raisonnable et ne doit pas être pris en considération. » « Je constate aussi qu'on m'abîme intentionnellement les organes génitaux ; à l'instant même on me brûle encore dans l'aîne droite. »

Cinq ou six ans après le début *apparaissent des hallucinations de l'ouïe d'abord peu distinctes* : « Il m'a semblé entendre quelque chose qui ne me concer-

nait peut-être pas et qui pourrait se résumer ainsi : « Il a été envoyé ici pour l'assassiner. » « Je suis ici dans de telles conditions qu'il m'arrive d'entendre de temps en temps des fragments d'expressions. »

A mesure que la réticence s'atténue, on remarque que certaines expressions prennent une valeur spéciale. Par exemple, le terme *situation* revient avec une fréquence insolite. Au début il est employé dans le sens normal : « Je suis dans une *situation* pénible. » « On abuse de cette *situation* par des intrigues malhonnêtes ». Mais plus tard B. s'exprime ainsi : « Il m'a été dit ce matin : on a voulu vous faire *ouvrir des situations* ignorées contre le frère de votre femme. » On comprend facilement la genèse de l'extension du terme *situation* : à chaque péripétie du délire, une situation, un état nouveau se présente, on la provoque on l'ouvre. On ouvre des situations connues ou inconnues et nous verrons apparaître successivement : la Situation-Amour, la Situation-Mort, la Situation Mort côté du Saint-Siège, la Situation-Criminalité, etc..., toutes expressions alors inintelligibles si on n'en connaît pas l'origine. Les situations de B. désignent ce que les psychanalystes appellent des complexes : elles ont une unité affective avec expression intellectuelle et verbale multiple.

Des termes spéciaux analogues pour désigner les complexes s'observent chez presque tous les délirants systématisés, mais ils diffèrent selon l'éducation, les souvenirs affectifs anciens et peut-être simplement par le hasard qui au début fait choisir par les malades telle ou telle expression qui leur paraît adéquate et se renforce ensuite par répétition.

Dès le début apparaît un autre trouble psychique intéressant : le malade sent sa personnalité mentale *unie* à celle de sa tante quoiqu'elle en reste *distincte*. Il s'agit d'une participation mystique, selon l'expression de Lévy-Bruhl, participation qu'on peut comparer au mystère de Dieu *un* en trois personnes *distinctes*. « Je suis en effet, je le répète, avec quelqu'un. Je suis avec ma tante. Dans un groupement *conjoint* et *libre*

qu'on connaît, lequel me fait appartenir à trois patries : l'Italie, la patrie de ma tante, la Belgique (la patrie d'un de ses beaux-frères) et la France. »

Ce sentiment unitif qui le fait participer à la personnalité de sa tante devrait à son tour le protéger contre les persécutions : « Je sais qu'en principe toute personne isolée sert à ouvrir des situations ignorées, je me trouve bien cependant dans des conditions où, en raison du groupement conjoint et libre de ma tante, rien ne devrait se produire. Seulement on ne respecte rien. »

Ces exemples suffisent à montrer que dès les premières années du délire une pensée morbide à type prélogique s'infiltré dans la pensée logique restée saine.

Progressivement le délire se développe en un système complexe de persécution et de grandeur que nous sommes obligé de schématiser pour le rendre intelligible.

B. se découvre chaque jour des ennemis plus nombreux. Il finit par distinguer : La persécution Loup-Garou, qui agit par l'électricité, par des coups invisibles analogues à des coups de bâton, qui brûle les membres, broie les testicules. Loup-Garou reste cantonné au domaine de la cénesthésie physique. Son nom rappelle très vraisemblablement des souvenirs infantiles. Le Loup-Garou intervient souvent dans les contes de la région d'où B. est originaire. Gueule-Sale a la spécialité des hallucinations insultantes de l'ouïe mais son existence n'a été qu'épisodique.

Les associations persécutrices les plus importantes sont : la Franc-Maçonnerie et la Criminalité.

Le F. M. est une association internationale cherchant à ruiner toute autorité légitime et spécialement celle de B. qui n'a compris son rôle qu'après l'apparition des idées de grandeur. La F. M. est commandée par des colonels sous la direction d'un général, le D^r Vallon.

La Criminalité est une organisation plus aristocratique. Sept rois en font partie spécialement ceux

d'Italie, d'Angleterre et de Belgique qui veulent substituer une fausse noblesse à la Noblesse Inviolable. Récemment les intrigues de la Criminalité ont triomphé au Vatican et le pape actuel n'est qu'un imposteur adepte de la Criminalité.

La base secrète de la Criminalité est dans un Château-Bastille en Suisse. Ce Château-Bastille est la fusion de la Bastille et de toutes les maisons de santé. Le directeur est un certain comte de Tristhill, même du roi de Suède. Les ennemis de la Criminalité sont empoignés secrètement sur la voie publique et conduits à ce Château sur les bords du lac de Genève. On leur attache au cou un poids assez lourd et on les jette au fond du lac, où des courants inconnus empêchent les corps de remonter à la surface. B. a consacré de nombreux dessins à cette description.

Les sous-ordres de la F. M. et de la Criminalité sont les *Mômes* et les *Chiens errants*.

L'origine des Mômes est curieuse et évidente. Alors qu'il était clerc de notaire, B. eut des relations sexuelles (non officielles, écrit-il), avec la bonne de son patron. Peu de temps après il partit dans une autre étude mais à son retour dans le pays un de ses parents lui fit comprendre que cette bonne avait eu un enfant. Cette nouvelle fut certainement l'origine de vives inquiétudes. Dans de nombreuses lettres B. donne des explications interminables pour prouver qu'il ne peut-être le père de l'enfant illégitime, que les dates ne concordent pas. Il répudie la paternité « de ce môme, le fils à H. M. ». Il comprend plus tard que si même il était vraiment le père, aucune relation, aucune rencontre ne pourrait exister entre eux. « Il a été affirmé par les papes successifs qu'en principe le Médium-France pourrait avoir cinquante fils naturels et cependant aucun ne pourrait se rencontrer avec lui ; le fait d'être roi même en puissance empêche toute rencontre ».

Quoiqu'il en soit ce Môme inquiétant et détesté, le fils à H. M. devient bientôt un être protéiforme par fusion de personnes. Tous les jeunes gens pensionnai-

res entrant à la Maison de Santé sont des Mômes. 7 Mômes chenapans, se rencontrant avec le fils à H. M., sont associés à Loup-Garou ; parmi eux on trouve l'Emir Fayçal qui par son nom mal prononcé symbolise des agressions sur le rectum : P. qui vaguement parent avec un ancien président de la République représente l'action néfaste des Gouvernements Français, W. dont nous parlerons plus loin, et enfin le groupe de Rocamadour, de Broudefort et Bridgito dont l'origine nous est restée inconnue. Les Mômes, toujours dirigés comme des enfants, sont sous les ordres du Grand Kadosch ou des Ducs de la Criminalité.

Les *Chiens-Errants* surtout ceux de la criminalité sont non plus des apprentis mais des esclaves malheureux et malfaisants, contraints aux plus basses besognes. Ce sentiment d'effroi et de pitié qu'évoque chien-errant nous semble être la reviviscence d'un souvenir d'enfance provoqué par quelque chien enragé errant dans le pays. Dès le début du délire B. parle en effet d'une situation chien-enragé.

Enfin il nous reste à signaler la situation « *Attaque de la chaise de poste*, dont l'origine est aussi très probablement infantile. B. a dû être très impressionné par quelque récit d'attaque d'une diligence, peut-être du courrier de Lyon. Quand il se rappelle un voyage quelconque en chemin de fer ou en voiture, il comprend qu'il s'est produit une situation « *attaque de la chaise de poste* », c'est-à-dire une tentative d'assassinat et dans cette tentative ce qui le frappe le plus, c'est la flexion de la jambe pour escalader le marchepied. De très nombreux schémas figurent cette particularité, mise encore en lumière par des explications écrites.

Au thème de persécution s'est opposé, dès les premières années de la maladie, un remarquable système mégalomane. La lutte entre les deux tendances pénible et euphorique prolongée pendant plus de 10 ans constitue un cas typique de ce que nous appelons le « *manichéisme délirant* ». B. est Médium-

France héréditaire d'Autriche-Hongrie par testament de Rodolphe de Habsbourg. Aux Habsbourg est adjointe une dynastie héréditaire de souverains virtuels, la famille B., habitant en France. Cette famille participe mystiquement à la monarchie austro-hongroise et doit la remplacer au cas où cette dernière viendrait à s'éteindre. Le cas s'est produit à la mort de François-Joseph. Son successeur éphémère, Charles I^{er}, n'est qu'un vulgaire imposteur adepte de la criminalité. Malheureusement, pendant la guerre, des nécessités de haute diplomatie ont contraint certains souverains à faire interner B. Médium-France héréditaire. Par la téléphonie occulte B. a en effet capté la lettre suivante : « Guillaume II à François-Joseph. V. M. voudra bien m'excuser d'avoir été obligé de faire interner le Médium-France. Ailleurs je n'oserais pas prendre la responsabilité de sa sécurité. Dans une Maison de Santé il ne lui arrivera rien. Je le garantis. Il est en outre en parfaite santé mentale. C'est une séquestration de quelques mois seulement. » Or la guerre est finie depuis longtemps, la dynastie des Habsbourg disparue et B. reste interné. Son éloignement d'Autriche-Hongrie, dont il est devenu le Roi légitime, l'oblige à gouverner de loin et par écrit. Ses lettres sont « rendues publiques façon occulte », peu importe qu'elles restent sur le bureau du surveillant ou soient confisquées par le médecin, les destinataires les reçoivent toujours. Les ordres de B. sont minutieux et précis, ils s'adressent à l'Armée, à l'Administration des Finances, aux Mères, à la Noblesse Inviolable. Certaines instructions, celles par exemple qui interdisent les associations des communes ou des provinces, manifestent une intuition ou une connaissance remarquables des principes administratifs. Irrité de voir par la lecture des journaux que rien de ce qu'il commande n'est exécuté, B. suppose qu'une révolution a dû se produire et transmet à un régiment de cheval-légers l'ordre de reprendre d'assaut le Palais Royal et d'arrêter les rebelles, il demande aide à quelques souverains légitimes qu'il croit encore régnants, LL. MM. les Empereurs de Chine et du Brésil. Finalement, il y a six mois, déses-

pérant de monter jamais sur le Trône, B., en un sensationnel coup de théâtre, donne sa démission de Médium-France et, par conséquent, d'Empereur et Roi d'Autriche-Hongrie. Mais ce n'est là qu'une transformation des idées de grandeur. Malgré sa démission, B. reste *propriétaire* de toute le territoire austro-hongrois, avec ses mines, ses champs, ses chemins de fer, etc..., thèse qu'il serait difficile de faire accepter même aux théoriciens extrêmes de la monarchie absolue. Formidable propriétaire foncier, B. transmet actuellement des instructions quotidiennes à ses ingénieurs, gérants, trésoriers, employés de tout ordre, instructions d'ordinaire interrompues par des protestations contre les spasmes des sphincters, les brûlures des organes génitaux, les névralgies qui sont l'œuvre de Loup-Garou.

PARTICULARITÉS PSYCHOLOGIQUES DE LA PENSÉE DÉLIRANTE

La description sommaire que nous venons de donner du thème délirant a dû élaguer une foule de détails et rechercher la clarté de la logique normale. La pensée délirante de B. est bien différente et permet d'étudier les troubles de la structure et de l'association des idées.

Alors que chez le normal les concepts sont distinctement limités et approximativement identiques pour tout le monde (la possibilité des dictionnaires en est une preuve), chez B., comme chez tous les délirants chroniques, il se produit non pas une juxtaposition des concepts, mais un véritable *syncytium*, chaque élément est grossièrement distinct mais présente des zones de *fusion* avec les éléments voisins. Cette sorte d'agglutination de concepts se poursuit constamment, avec cette particularité que ceux dont le potentiel affectif est le plus fort attirent à eux et conservent comme des satellites les concepts nouveaux venus, moins vigoureux. Cette attraction se fait très facilement, par des détails, par analogies verbales (1) ou

(1) P. GUIRAUD. — Les formes verbales de l'interprétation délirante. A. M. P., 1921.

syllabiques. Par exemple : un nouveau pensionnaire, W., entre à la Maison de Santé, il est jeune, c'est donc un Môme associé au Môme primitif, « le fils à H. M. » ; il se confond même avec lui. W. se destine au cinéma, il est donc uni aux constatations cinématographiques », ou hallucinations visuelles de B. ; il possède un phonographe Pathé, or un parent de B., atteint de P. G. a reçu à l'Asile de Limoges un phonographe, donc W. est en relation avec les Maisons de Santé. (« Donc Pathé se rencontre avec séquestration et les personnes qui ont le malheur de posséder des gramophones de cette marque feraient bien de les jeter dans la rue »). Enfin, W. est visité par sa femme, jeune et élégante. Cette femme représente l'impératrice Zita, dont les journaux vantèrent jadis l'esprit prime-sautier et moderne qui détonait dans la famille des Habsbourg, W. est donc en rencontre avec l'Usurpateur Charles, qui a illégitimement pris le trône du Médium-France. En quelques jours voilà donc W, soudé définitivement aux principaux complexes du thème de persécution. Le D^r Roux, de l'Institut Pasteur, y intervient de la façon suivante : « Quand j'allais au collège d'Issoudun, il y avait un intrigant appelé le P^r Roux. Il se rencontre avec le D^r Roux, de l'Institut Pasteur, associé avec les Ritti, les Antheaume, les Vallon. De nombreuses constatations cinématographiques figurent le D^r Roux au sommet d'une longue échelle, versant des bouillons de culture dans les réservoirs d'eau des villes et des casernes « pour provoquer des épidémies et placer ainsi ses infects sérums de l'Institut Pasteur. »

Cette agglutination de personnes ou d'objets s'exprime par de nombreux termes : les *doublages*, les *sosies*, les *médiums*, les *rencontres*, les *confusions*, indiquant une participaiton de plus en plus accentuée. Le double n'est qu'une sorte de remplaçant. Les sosies ont pris la ressemblance physique et morale, et le terme prendre indique déjà une agression sur la personnalité (voir dans Lévy-Bruhl les sauvages qui refusent de se laisser prendre leur photographie, voir également les

hypothèses expliquant les dessins d'animaux préhistoriques comme une sorte de prise de possession préalable du gibier). Par les rencontres, les objets ou personnes sont intimement unis. Le Château-Bastille de la Criminalité est l'unification de toutes les Bastilles et de toutes les maisons de Santé.

B. sent que sa propre personnalité dilue en une série d'individus. Toutes les lettres contiennent de véhémentes protestations contre les *rencontres*. Il a été affirmé par les papes, les rois, les testaments, etc..., que le Médium-France ne devrait se rencontrer avec personne. De multiples constatations cinématographiques le figurent isolé sur une route, entouré de fossés, qui interdisent toute rencontre avec des personnages flous errant autour de lui. D'autres fois il dresse autour de son image comme des paravents indiquant la nécessité de son isolement. Et toujours la Criminalité arrive à le faire rencontrer. « On agit sur moi comme si le visage d'Anatole était le mien. Anatole a été envoyé dans une Maison de Santé personnellement et non comme mon sosie. On a agi crapuleusement, comme si Anatole et moi faisions une seule et même personne. » Et un autre jour il écrit à sa femme : « J'exige que tu imposes volonté immédiatement pour que situation cinématographique dans laquelle on a osé criminellement mettre ma tête à la place de celle d'Anatole et ta tête et celle de ma fille à la place de vos deux sosies fausses et nulles soit brûlée. »

Notre malade, avec son esprit clair et logique non délirant, s'applique à faire comprendre toutes ces rencontres par des schémas complexes, aux accolades multiples ; il essaie de faire entrer dans le cadre de la logique les productions de la partie malade de son psychisme qui a la constitution de la mentalité primitive. Cette adaptation du prélogique au logique constitue l'élément le plus apparent des thèmes délirants *systématisés*, elle utilise les connaissances scientifiques, l'imagination comme les romanciers ou les savants ; elle n'est pas pathologique dans son essence. Elle constitue un *travail de raccord* entre le psychisme mor-

bide et le psychisme normal. G. de Clérambault appelle avec raison *superstructure* du délire le résultat de cette activité.

Voici un exemple d'adaptation à la logique. Une nuit, une situation cinématographique représente le Môme Fayçal torturé dans un Château-Bastille de Suisse, lequel est en même temps la Maison de Santé de Ville-Evrard. B., notaire pointilleux et esprit précis, ne comprend rien à ce qu'il éprouve et suppose qu'il y a à la Maison de Santé un sosie de Fayçal auquel on fait éprouver simultanément les mêmes tortures qu'au véritable Emir. « On comprend bien, écrit-il, que Fayçal ne peut pas être dans la Maison de Santé et dans la Bastille en même temps. » Hypothèse et argumentation ne sont que des *travaux de raccord*. Le principe d'identité n'intervient pas dans le psychisme délirant prélogique, pas plus qu'il n'intervient dans les rêves des gens normaux.

Si l'on pénètre directement dans la partie naïve et primitivement atteinte du psychisme malade on y trouvera toujours un sentiment pénible de la cénesthésie, une atteinte de la quiétude mentale *éprouvée comme d'origine étrangère* et, au point de vue de la structure intellectuelle, on mettra facilement en évidence la soudure des concepts remplaçant leur association, la participation mystique, l'origine infantile de beaucoup d'éléments, le tout s'organisant en une sorte de syncytium de complexes pénibles. Les mêmes lois se retrouvent dans la réaction euphorique source du thème de grandeur.

LES CONSTATATIONS CINÉMATOGRAPHIQUES. — La particularité la plus remarquable chez notre malade est la fréquence des phénomènes psycho-sensoriels d'ordre visuel. Depuis trois ans environ, B. nous remet une nombreuse correspondance illustrée de schémas; les personnages sont figurés par un cercle avec deux points, la tête et les yeux, de simples traits représentant le tronc et les membres. Les figurants et les gestes caractéristiques sont plus soignés: les assassins, les tortures, les scènes sexuelles, comportent des

dessins où les détails essentiels sont figurés avec exactitude. L'ensemble finit par acquérir une véritable valeur caricaturale et expressive. Des explications écrites précisent encore les schémas. Ces dessins sont la reproduction de « constatations cinématographiques qu'on fait apparaître » à B. Il voit les scènes non schématiquement, mais comme de véritables images de cinéma, seulement il les simplifie pour ne pas perdre de temps et aussi qu'il ne sait pas assez bien dessiner. Des constatations cinématographiques lui apparaissent tantôt les yeux ouverts, tantôt les yeux fermés, souvent dans la nuit (sa chambre est constamment éclairée), mais aussi en plein jour, à midi, elles sont nettes d'habitude, quelquefois floues. « On m'a montré ensuite une jeune fille, mais tellement floue que je la distinguais à peine. » Alors que d'ordinaire, dans les délires systématisés, il ne s'agit que de visages grimaçants, de vagues coloris, de tableaux religieux, de lettres ou de chiffres, de serpents, de fantômes, notre malade observe des scènes complexes avec de nombreux personnages. Ce sont d'effroyables orgies au Vatican, groupant des séries de cardinaux, d'évêques, de chanoines ; la révolution en Autriche-Hongrie avec la foule frappant les Souverains ; des tortures dans le Château-Bastille avec toutes les scènes et l'instrumentation de l'Inquisition ; des villes entières incendiées par les suppôts de la Criminalité, porteurs de torches, etc... ; des visions symboliques le représentant avec deux têtes, l'une ornée d'une couronne, l'autre nue (figure de sa participation à la vie réelle et au délire).

Nous observons avec assez de fréquence les hallucinations visuelles dans les délires chroniques (8 0/0 des cas) pour ne pas nous en étonner ni croire, comme Lasègue et ceux qui le répètent, que ces hallucinations ont une origine toxique ou hystérique. Notre malade est soumis depuis 10 ans au régime de la Maison de Santé, et les 5 ou 6 demi-Londrès qu'il fume par jour ne peuvent l'intoxiquer jusqu'à l'hallucination visuelle.

Ces constatations cinématographiques méritent-elles le nom d'hallucination : 1° Ce sont des représentations

projetées dans le monde extérieur. 2° Elles ne sont pas considérées comme des objets réels, mais comme des images d'objets. 3° Elles sont considérées comme provoquées par des moyens mystérieux. Ces deux derniers caractères ne sont pas éliminatoires. L'objectivation dans le monde extérieur nous paraît le seul critérium de l'hallucination. L'hallucination est une représentation éprouvée par le malade comme la perception d'un objet extérieur lui arrivant par l'intermédiaire de voies sensorielles.

On pourrait discuter sans fin pour savoir s'il ne s'agit pas de représentations mentales vives. La remarquable précision des écrits de notre malade ne permet pas le doute. S'il n'extériorisait par ces phénomènes visuels, il écrirait : « on me force à me représenter, on me représente artificiellement », or il dit : « on me fait apparaître, on me fait voir ». Du reste nous admettons avec Mignard que les hallucinations visuelles ne sont que le résultat de l'imagination objectivante, et nous croyons qu'on trouve toutes les transitions entre les représentations vives et les hallucinations visuelles vraies.

Des considérations purement psychologiques nous paraissent expliquer à la fois la rareté relative et la possibilité d'hallucinations visuelles dans les délires systématisés. Le mode de pensée du délire systématisé n'est pas onirique mais se rapproche plutôt de notre pensée à type vigile. Cette pensée est presque toujours *verbale*, elle est éprouvée comme *d'origine étrangère* et par conséquent ne peut apparaître au malade que sous forme de voix venant de l'extérieur (hallucination de l'ouïe), de pensée formulée verbalement et introduite directement dans l'esprit sans passer par les oreilles (hallucination psychique ou mieux transmission de pensée) et enfin sous forme de tendance provoquée artificiellement à prononcer mentalement ou réellement certaines paroles (hallucination psycho-motrice verbale). Mais parfois certains éléments psychiques ont tendance à s'actualiser sous forme visuelle et non verbale. Ce sont des souvenirs visuels

infantiles, certains détails entendus mais *transposés visuellement* par une imagination impressionnée, par exemple, chez B., l'acte de fléchir la jambe pour monter sur le marchepied de la chaise de poste (situation attaque de la chaise).

D'autre part, il est banal de remarquer que certains sujets, au lieu de penser surtout par des mots, sont volontiers des visuels, par exemple, les peintres, les bons metteurs en scène de cinéma, qui « visionnent » les scénarios. Délirants, de tels sujets feront plus facilement des hallucinations visuelles. Mais toujours ces dernières coïncident avec un délire très luxuriant, très *imaginatif*, car *l'imagination vive et riche ne peut être que visuelle*. Les constatations cinématographiques de notre malade ont dans son délire la valeur des illustrations qui rendent plus impressionnants les romans d'aventures. Loin d'être sans action sur le délire, comme l'affirment quelques auteurs, les hallucinations visuelles le confirment, l'illustrent, y font apparaître de nouveaux détails, expriment de façon plus vivante qu'une simple formule verbale des éléments nouveaux. Il est exact cependant que chez les vieux malades, qui éprouvent presque toutes leurs représentations comme artificielles et non personnelles, certains souvenirs visuels *indifférents*, surtout des souvenirs d'enfance, s'objectivent sous forme d'apparitions. Nous nous expliquerons ultérieurement sur ce point.

B. n'est pas encore arrivé à ce stade. Par l'intensité et la richesse de ses phénomènes visuels, par la multiplicité de ses dessins tous en rapport avec son délire, il s'est adapté à la formule moderne du Ciné-Roman.

La paralysie générale progressive dans les hôpitaux Grecs de Constantinople Statistique de 15 années (1908-1922)

Par le D^r G. ZILANAKIS

Aliéniste en chef

La statistique dans la P. G., plus que dans toutes les autres maladies mentales, a une importance beaucoup plus grande, surtout sous le rapport de la science sociale, parce qu'elle nous renseigne, dans une certaine mesure, sur le degré de la syphilisation et de la civilisation ou cérébralisation dans les divers pays et chez les divers peuples.

Ce qui augmente ici l'utilité de la statistique, c'est la plus grande certitude que nous avons du diagnostic de la P. G., dont l'identité clinique et les signes diagnostiques sont incomparablement mieux délimités que ceux d'autres maladies mentales. L'exactitude de notre statistique ne serait, croyons-nous, pas faussée, si nous y faisons même entrer les quelques cas, extrêmement rares d'ailleurs (nous n'en avons eu que deux), des syndromes paralytiques présentant au complet le tableau clinique et l'évolution de la P. G., mais avec une étiologie indéterminée et des réactions du liquide céphalorachidien négatives au cours de toute la maladie.

Une étude statistique de plusieurs années de suite n'ayant pas été faite, chez nous, jusqu'à ce jour, j'ai pensé que la publication de mes observations statistiques sur tous les P. G. que j'ai soignés à notre Asile d'Aliénés, pendant une période de 15 années consécutives, ne serait pas dénuée d'intérêt.



Durant les années comprises entre 1908 et 1922, nous avons enregistré 2.570 entrées. Il faut, cependant, pour

l'exactitude de la statistique, retrancher de ce chiffre 618 admissions, représentant les entrées par récidives (1) (réadmissions); ainsi le nombre des aliénés entrés pour la première fois s'élève à 1.952, dont 1.114 hommes et 838 femmes, et c'est sur la base de ce chiffre que nous opérerons.

Tous les hospitalisés, sauf 109, étaient Grecs et originaires : de Constantinople et de ses faubourgs, dans la proportion de 66,4 0/0 ; de l'Asie Mineure et du Pont, de 15,1 0/0 ; de la Thrace, de 10,3 0/0 ; de la Macédoine, de l'Épire, des Îles et des différentes parties de la Grèce, de 5,4 0/0 et seulement dans la proportion de 2,8 0/0 de l'étranger.

Il va sans dire que ces chiffres sont loin de comprendre la totalité des psychopathes grecs, même de Constantinople, à plus forte raison de ceux des provinces, car grâce aux préjugés encore fortement enracinés dans le pays, on isole les aliénés plus volontiers dans des monastères que dans les Hôpitaux et que, d'autre part, un certain nombre de ces aliénés est hospitalisé dans des asiles et cliniques autres que les nôtres. Il faut encore prendre en considération l'insuffisance du nombre des lits dont nous disposons, jusqu'il y a quelques années, pour les besoins psychiatriques de notre population.

FRÉQUENCE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Ainsi qu'il est indiqué dans le tableau général A, sur 1.952 (2) aliénés, dont 1.114 hommes et 838 femmes admis pour la première fois dans notre asile, pendant la période des quinze années 1908-1922, il y avait 304 P. G., dont 259 hommes et 45 femmes, ce qui donne

(1) Si on établissait le pourcentage sur le total des entrées et pas sur le nombre des aliénés entrés pour la première fois, la proportion de la folie périodique, par exemple, s'élèverait considérablement de 18 0/0 à 24 0/0 et celle de la P. G., au contraire, s'abaisserait de 2,5 (de 15,5 0/0 à 13 0/0).

(2) Parmi ces 1.952 aliénés sont compris 167 individus dont 65 hommes et 42 femmes passés provisoirement des services de médecine et parmi lesquels 11 hommes et trois femmes étaient atteints de P. G. Il est bien entendu que nous n'y comprenons par les délires passagers des fébricitants.

la proportion globale de 15,57 0/0, pour les hommes 23,24 0/0 et pour les femmes 5,37 0/0. Si nous retranschons du total des admissions les 109 aliénés (66 hommes et 43 femmes) non Grecs, dont 39 Musulmans, 33 Israélites et 37 divers, et parmi lesquels 8 hommes étaient P. G. (3 Musulmans, 1 Israélite et 4 divers), la proportion de la P. G. chez l'élément grec s'élève à 16 0/0 : pour les hommes à 23,95 0/0, pour les femmes à 5,66 0/0.

Le rapport Femme : Homme est de 1 : 4,2.

TABLEAU GÉNÉRAL A

Années	Admissions pour la 1 ^{re} fois			Paral. générales			Proportions %		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
1908	90	60	150	20	4	24	22,20	6,66	16
1909	93	63	156	20	3	23	21,50	4,76	14,74
1910 ...	71	59	130	16	3	19	22,53	5,08	14,61
1911	93	50	143	22	2	24	23,65	4	16,78
1912	64	40	104	13	1	14	20,3	2,5	13,46
1913	87	68	155	26	3	29	29,88	4,4	18,8
1914	77	66	143	18	7	25	23,37	10,6	17,48
1915	89	48	137	30	3	33	33,7	6,25	24,08
1916	48	35	83	18	4	22	37,5	11,42	26,05
1917	46	36	82	17	2	19	36,95	5,55	23,17
1918	38	48	86	8	3	11	21	6,25	12,8
1919	61	58	119	12	1	13	19,67	1,72	10,9
1920	81	67	148	9	3	12	11,1	4,47	8,1
1921	101	65	166	17	4	21	16,83	6,15	12,65
1922	75	75	150	13	2	15	17,33	2,66	10
Total ...	1.114	838	1.952	259	45	304	23,24	5,37	15,57

ORIGINE. TABLEAU B

Selon leur provenance, les 304 P. G. se répartissent ainsi : 259 P. G., soit 85 0/0, sont habitants de Constantinople et de ses faubourgs, 30, soit 10 0/0 des différentes provinces de Turquie et de Grèce, et seulement 5 0/0 du total des P. G. sont originaires des pays étrangers.

En ce qui concerne la proportion de la P. G., selon le pays d'origine, nous constatons la proportion la plus élevée, 27,7 0/0, chez les Grecs originaires des pays étrangers — ceux-ci provenant de diverses grandes villes de la Russie, Bulgarie, Amérique et surtout de la Roumanie, où les individus subissent plus intensivement les causes de la P. G. Viennent en second lieu les originaires de Constantinople et de ses faubourgs avec 20 0/0 (hom. 29 0/0, fem. 7,4 0/0). En dernier lieu, ceux de diverses provinces de Turquie et de Grèce, et dont la proportion globale s'élève à 5 0/0 (hom. 8,2 0/0, fem. 1,4 0/0). Signalons que les provinciaux étaient tous habitants de diverses villes plus ou moins grandes (comme Andrinople, Dardanelles, Rodosto, Smyrne, Salonique) et que les paysans proprement dits n'étaient représentés que par un paral. général.

La proportion de la P. G. chez les habitants de Constantinople serait plus exacte, si elle était calculée sur le nombre des entrées pendant la période des dix premières années (1908-1917) et cela pour les deux raisons suivantes (sur lesquelles nous nous étendrons avec plus de détails dans le chapitre concernant la comparaison des proportions annuelles de la P. G.) : 1° dès 1918, aussitôt après l'armistice et le rétablissement des communications, un grand nombre de provinciaux s'installaient dans la capitale et inscrivaient leurs malades, dont quelques-uns, atteints déjà avant leur installation à Constantinople comme habitants de cette ville ; 2° dès la même époque nous admettions, grâce à une disponibilité plus grande de lits, et à cause de l'affluence considérable d'aliénés, un nombre relativement plus grand qu'aux années précédentes de malades chroni-

Années	Constanti- nople		Asie Mineure et Pont		Thrace		Macédoine, Epire, îles, Grèce		Etranger		Total		
	Entrées	P. G.	Entrées	P. G.	Entrées	P. G.	Entrées	P. G.	Entrées	P. G.	Entrées	P. G.	
1908	Hom.	45	14	22	0	9	2	11	2	3	2	90	20
	Fem.	30	2	8	1	13	0	8	0	1	1	60	4
1909	Hom.	51	16	17	1	9	0	8	0	8	3	93	20
	Fem.	33	3	12	0	12	0	2	0	4	0	63	3
1910	Hom.	36	11	16	1	6	0	9	2	4	2	71	16
	Fem.	30	3	13	0	9	0	5	0	2	0	59	3
1911	Hom.	52	17	16	3	11	0	8	0	6	2	93	22
	Fem.	31	2	5	0	9	0	4	0	1	0	50	2
1912	Hom.	41	11	14	0	3	0	3	1	3	1	64	13
	Fem.	21	0	9	0	5	1	4	0	1	0	40	1
1913	Hom.	65	21	15	3	2	1	2	1	3	0	87	26
	Fem.	37	2	16	1	8	0	7	0	0	0	68	3
1914	Hom.	48	13	14	1	8	0	3	2	4	2	77	18
	Fem.	43	7	11	0	10	0	2	0	0	0	66	7
1915	Hom.	77	30	3	0	9	0	0	0	0	0	89	30
	Fem.	39	3	3	0	6	0	0	0	0	0	48	3
1916	Hom.	43	18	2	0	2	0	1	0	0	0	48	18
	Fem.	28	4	1	0	4	0	2	0	0	0	35	4
1917	Hom.	39	15	3	1	4	1	0	0	0	0	46	17
	Fem.	32	2	2	0	2	0	0	0	0	0	36	2
1918	Hom.	32	8	6	0	0	0	0	0	0	0	38	8
	Fem.	36	3	5	0	7	0	0	0	0	0	48	3
1919	Hom.	38	12	9	0	7	0	3	0	4	0	61	12
	Fem.	29	0	16	0	11	1	2	0	0	0	58	1
1920	Hom.	51	7	10	0	10	2	7	0	3	0	81	9
	Fem.	47	3	8	0	8	0	4	0	0	0	67	3
1921	Hom.	82	15	7	1	6	0	2	0	4	1	101	17
	Fem.	47	4	8	0	7	0	3	0	0	0	65	4
1922	Hom.	53	11	11	1	3	0	5	0	3	1	75	13
	Fem.	59	2	13	0	2	0	1	0	0	0	75	2
Total	Hom.	753	219	165	12	89	6	62	8	45	14	1.114	259
	Fem.	542	40	130	2	113	2	44	0	9	1	838	45
		1.295	259	295	14	202	8	106	8	54	15	1.952	304

ques, surtout idiots et épileptiques. On comprend aisément que ces deux raisons ont contribué à abaisser la proportion générale de la P. G.

Ainsi, en opérant sur le nombre des entrées durant la période 1908-1917 (tableau C), la proportion de la P. G. s'élèverait pour les Constantinopolitains à 23,6 0/0 (au lieu de 20 0/0), et pour les provinciaux à 5,9 0/0 (au lieu de 5 0/0).

TABLEAU C

ORIGINE	ENTRÉES			PARALYSIE GÉNÉRALE			PROPORTIONS 0/0		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
Constantinople	497	324	821	166	28	194	33,3	8,64	23,63
Provinces	230	192	422	22	3	25	9,56	1,56	5,92

Les rapports F : H selon l'origine sont :

pour ceux venant de l'étranger, 1 : 3 ;

pour les Constantinopolitains, 1 : 4 ;

pour les provinciaux, 1 : 6.

Age

Le tableau D groupe les aliénés proportionnellement suivant leur âge. Il en ressort que, sur 304 P. G., les 130, soit les 42,7 0/0 étaient âgés de 36 à 45 ans ; 15,4 0/0 des P. G. étaient compris entre 46 et 50 ans et 13,1 0/0 entre 31 et 35 ans, ce qui fait que les 71,4 0/0 de tous les P. G. appartenaient à l'âge mûr (de 31 à 50 ans). Les cinq années au-dessus et au-dessous de l'âge mûr nous donnent une proportion respectivement de 9,2 0/0 et 6,9 0/0.

AGE. TABLEAU D

AGES	ENTRÉES POUR LA 1 ^{re} FOIS			PARALYSIES GÉNÉRALES		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
10-15.....	38	35	73	1	0	1
16-20.....	127	90	217	0	1	1
21-25.....	147	124	271	5	0	5
26-30.....	144	134	278	17	4	21
31-35.....	129	92	221	32	8	40
36-40.....	127	110	237	57	9	66
41-45.....	100	66	166	54	10	64
46-50.....	104	56	160	40	7	47
51-55.....	64	39	103	24	4	28
56-60.....	66	35	101	13	2	15
61-65.....	40	18	58	13	0	13
66-70.....	17	23	40	3	0	3
70 et au-dessus..	11	16	27	0	0	0
Total.....	1.114	838	1.952	259	45	304

Les cas de P. G. au-dessus de 55 ans ne sont pas très rares chez nous : nous en enregistrons 31 cas, soit un dixième de tous nos P. G. Trois hommes étaient même atteints entre leur 68^e et 69^e année.

Nous n'avons eu que deux cas de P. G. juvénile concernant un adolescent de 15 ans et une jeune fille de 16 ans. Ces deux malades avaient cet âge au jour de leur entrée dans l'asile, mais leurs premiers symptômes avaient apparu respectivement au début de leur 14^e et 15^e année. Chez tous les deux, la syphilis était héréditaire ; chez le garçon, l'hérédité était même similaire.

Nous avons eu 5 cas de P. G. très précoce (21-25 ans), tous chez des hommes. Mais il faut noter que dans deux de ces cas il s'agissait de jeunes hommes, âgés de 23 et 25 ans, qui présentaient au complet le syndrome clinique de la P. G. avec tous les symptômes, tant psychiques que physiques, mais avec les réactions du liquide céphalorachidien négatives durant toute la maladie.

En établissant le rapport entre le nombre des P. G. correspondant à un groupe de 5 ans et le nombre des aliénés correspondant au même groupe d'âge, nous trouverons la plus grande proportion de P. G. parmi les aliénés du groupe d'âge compris entre 41 et 45 ans : sur 100 hom. et 66 fem. aliénés de cet âge, il y avait 54 hom. et 10 fem. P. G., soit une proportion de 38,5 0/0 (hom. 54 0/0, fem. 15,1 0/0). Suivent les 5 années au-dessus et au-dessous de ce groupe d'âge avec une proportion relative de 29,3 0/0 et 27,8 0/0. Il est à remarquer que quoique à l'âge compris entre 31 et 35 ans correspond un plus grand nombre de P. G. qu'à celui de 51 et 55 (40 : 28 P. G.), la proportion relative dont nous nous occupons est par contre plus élevée dans le second groupe que dans le premier (18 : 27 0/0). Le même fait s'observe pour les groupes de 26-30 ans et 56-60 ans (21 : 15 P. G. avec une proportion de 7,5 : 14,8 0/0) et ce, toujours au profit des âges les plus avancés. La raison en est que la diversité des phrénopathies étant plus grande chez jeunes (démence précoce, idiotie, épilepsie, folie dégénératives, périodiques, etc.), que chez les vieux, la proportion relative de la P. G. se fait sur un plus grand nombre d'entrées et est par conséquent moins élevée ; alors qu'au contraire, au-dessous de 50 ans, peu de phrénopathies autres que la P. G. s'observent (psychoses préséniles, démences séniles) et par conséquent le nombre des entrées sur lequel nous opérons est moindre. Le tableau suivant E résume ces proportions relatives.

AGES	ENTRÉES	P. G.	PROPORTIONS 0/0
26-30.....	278	21	7,5
31-35.....	221	40	18,1
36-40.....	237	66	27,8
41-45.....	166	64	38,5
46-50.. ..	160	47	29,3
51-55.....	103	28	27,1
56-60	101	15	14,8

En ce qui concerne la fréquence de la P. G. chez les femmes par rapport à l'âge, nous remarquons que cette affection est relativement plus rare chez elles après la 50^e année. Nous n'en constatons aucun cas après la 60^e. La raison en est que les femmes, beaucoup plus rarement que les hommes, sont atteintes de syphilis après leur 45^e année.

Ainsi que l'indique le tableau suivant, F des 259 P. G. hommes, les 206 étaient compris entre 10 et 50

AGES	PARALYSIE GÉNÉRALE			0/0 SUR LE TOTAL DES P. G.			0/0 SUR LE TOTAL DES ENTRÉES		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
Précoce : 10-30 ans	23	5	28	8,9	11,1	9,2	2,1	0,6	1,4
Mûr : 31-50 ans	183	34	217	70,7	75,6	71,4	16,4	4,1	11,1
Sénil : 51 et au-dessus	53	6	59	20,4	13,3	19,4	4,7	0,7	3
Total	259	45	304	100	100	100	23,2	5,4	15,5

ans, soit une proportion de 79,6 0/0, tandis que cette proportion chez les P. G. femmes, entre les mêmes limites d'âge, monte à 86,7 0/0. Il y a donc une différence de 7 0/0 en plus pour les femmes. Cette diffé-

rence est contrebalancée par la P. G. sénile, dont la proportion chez les hommes est par contre de 7 0/0 plus élevée que chez les femmes (13,3 0/0 : 20,4 0/0).

Le rapport F.-H. selon l'âge est :

pour les P. G. précoces, 1 : 3,5 ;

pour les P. G. de l'âge mûr, 1 : 4 ;

pour les P. G. séniles, 1 : 6,7.

PROFESSIONS

Je ne crois pas inutile de faire précéder le chapitre des professions de quelques généralités qui nous feront mieux comprendre la pénétration graduelle de la civilisation européenne parmi nous et son influence sur la transformation et l'évolution vers l'occidentalisation des métiers exercés ici.

On a vu et l'on voit encore, à Constantinople, une variété de petits métiers telle qu'on n'en rencontre peut-être dans aucune autre grande ville de l'Europe (1). La diversité de la façon de vivre, de s'habiller, ainsi que des us et coutumes de tant de tribus et de races différentes habitant le pays, a contribué à créer ces nombreux petits métiers, dont plusieurs étaient déjà organisés en corporation dès l'époque byzantine (2). Certains métiers sont propres à certaines races. Ainsi, plusieurs n'en sont exercés que par des Musulmans (Turcs, Persans, Kurdes), d'autres que par des Chrétiens ou des Juifs. Il y en a d'autres qui sont mixtes. Certains de ces métiers sont même pratiqués par des gens provenant d'un même district. Ainsi les chaudronniers et les travailleurs en cuivre sont originaires de Trébizonde et des villages environnants ; les épiciers, ordinairement de l'Asie Mineure, et plus spécialement de New-Sehir et d'Intzé-Souh ; les bouchers sont pour la plupart des Epirotes ; les jardiniers

(1) Charles ROLAND. — *La Turquie contemporaine*. Paris, 1848, p. 311.
Charles ENAULT. — *Constantinople et la Turquie*. Paris, 1855, p. 408.
Selon de Hammer les corporations du XVIII^e siècle y dépassaient les 148.

(2) POUQUEVILLE. — *Voy. de la Grèce*. Paris, 1862, vol. IV, p. 264.

et les premiers boulangers fabriquant la Frangeole (1) des Chiotes. Il est digne de noter que les gens exerçant ces métiers particuliers vivaient entre eux et conservaient les us et coutumes traditionnels de leur pays d'origine.

Mais depuis la fin du siècle dernier, et surtout depuis quelques dizaines d'années, la liberté de commerce, la facilité des voyages, le libre échange avec l'occident et l'affluence d'un grand nombre d'étrangers, enfin la tendance vers la civilisation européenne, toutes ces raisons ont amené une profonde perturbation dans l'exercice traditionnel si original de ces métiers.

Rien que le changement dans la façon locale de s'habiller a amené le remplacement des riches et nombreux Abadjis (2), Fermeledjis (3) et pelletiers (dont le plus grand nombre des Rouméliotes), par des tailleurs et des marchands de costumes à l'européenne. Il eut en outre comme conséquence, grâce à l'introduction des tissus européens, la diminution du nombre des boyadjis (teinturiers), qui formaient autrefois une nombreuse et riche corporation avec leur village homonyme sur le Bosphore (Bojadji-keuy).

A la suite de l'amélioration des routes et de l'introduction des moyens de transport en commun, le grand nombre des Souroudjis (conducteurs de chevaux), dont la plupart, des musulmans, a disparu et a été remplacé par les cochers et ultérieurement par les chauffeurs et

(1) Frangeole : pain blanc et de bonne qualité; mot dérivé, selon A. Paspatis, du turc Franzelli : qui appartient aux Français. Ce furent, en effet, des Chiotes qui, par l'entremise de l'ambassade de France, obtinrent les premiers le privilège de fabriquer, à Constantinople, la frangeole. Leur four demeura sous la protection de l'ambassade jusqu'au milieu du siècle dernier. D'autres ambassades ont secondairement réussi à obtenir le même privilège et ainsi peu à peu l'usage de cette qualité de pain se généralisa. A. G. Paspatis : *ὑπόμνημα περὶ τοῦ Γραικικοῦ Νοσοκομείου τῶν ἐπταί πύργων*, 1862, p. 185.

(2) Abadjis : tailleur d'Abass, espèce de lainages épais fabriqués en Roumélie.

(3) Fermeledjis : tailleur fabriquant des costumes ornés de franges et de bordures dorées ou colorées.

S. D. BYSANTIOS : « Κωνσταντινούπολις », vol. A, p. 539.

les conducteurs de trams. Actuellement, on n'en rencontre qu'un petit nombre et seulement dans les faubourgs, guettant le client rare auprès de leurs chevaux.

Les cafédjis (cafetiers), tenanciers de cafés primitifs, dont le nombre et l'originalité impressionnaient les étrangers (1), cumulaient le métier de barbier et de dentiste et s'empressaient d'offrir aux clients de leur boutique, outre leur café, des soins médicaux, tels que pose de ventouses et application de sangsues. Ces cafés, dont quelques spécimens existent encore dans les faubourgs, se sont graduellement transformés à l'européenne, et l'on peut en voir maintenant une foule, avec un personnel nombreux, installés partout, et surtout sur les quais de Galata, à cause du développement du commerce et du mouvement du port. En dehors de cette catégorie de cafédjis, il en existe d'autres, installés à l'entrée ou dans un coin des grands Hans occupés par les bureaux des marchands, des commissionnaires, des avocats, des sociétés maritimes, etc. Ces cafédjis préparent la boisson de prédilection, qu'il est d'usage d'offrir à tout visiteur.

Les cafédjis, ordinairement célibataires, couchent dans les cafés et dans les Hans et donnent souvent abri et hospitalité, pendant la nuit, à des voyageurs de passage, hommes et femmes du peuple. Les relations fréquentes avec des femmes de basse classe, ainsi que le voisinage des maisons de tolérance, qui abondent aux alentours des quais, font que la syphilis est très répandue parmi les cafédjis et que c'est chez eux que l'on trouve la plus grande fréquence de la P. G., à l'encontre des gens qui exercent les métiers particuliers dont nous avons parlé plus haut, et qui mènent une vie familiale en conservant les mœurs austères de leurs pays.

Ainsi la civilisation contemporaine pénètre progressivement parmi nous, avec ses diverses satellites, dont la syphilisation et la cérébralisation, et nous fait déjà payer un lourd tribut à la P. G.

(1) A. UBICINI. — *La Turquie actuelle*. Paris, 1855, p. 306-309.
Théophile GAUTIER. — *Constantinople*. Paris, 1857, p. 101.

Professions exercées par les hommes. — Nous avons compris, pour l'évaluation de la fréquence de la P. G. chez les hommes d'après la profession, outre les 15 années 1908-1922, les années 1907 et 1923 (1), la première avec 110 admissions, dont 21 P. G., et la seconde avec 76 admissions, dont 13 P. G. Donc, sur un total de 1.300 hommes, il existait 293 P. G., qui sont répartis proportionnellement selon les métiers exercés dans le tableau suivant, G.

PROFESSIONS. TABLEAU G

Avocats.....	3	dont P. G.	2
Médecins.....	13	—	4
Pharmaciens.....	4	—	1
Evêques (théologiens).....	2	—	1
Prêtres, Diacres.....	9	—	2
Professeurs (philologues).....	2	—	0
Instituteurs.....	18	—	0
Boursiers, Banquiers.....	8	—	4
Négociants.....	58	—	25
Courtiers, Commissionnaires.....	28	—	14
Epiciers.....	68	—	9
Marchands de vin, Cabaretiérs.....	27	—	4
Bouchers.....	14	—	4
Marchands de légumes et fruits.....	15	—	8
Petits marchands, Merciers.....	34	—	14
Marchands ambulants, Colporteurs.....	19	—	9
Employés, Secrétaires.....	166	—	40
Empl. de tram. et chem. de fer.....	10	—	4
Mécaniciens.....	16	—	4
Forgerons.....	21	—	2
Fumistes, Ferblantiers.....	7	—	3
Bijoutiers, Horlogers.....	7	—	2
Charpentiers, Menuisiers.....	40	—	12
Cordonniers.....	48	—	9
Tailleurs.....	50	—	11
Relieurs.....	5	—	1
Teinturiers.....	9	—	3

(1) Les admissions de ces années ne furent pas comprises dans les autres tableaux de notre statistique d'abord parce que je n'ai entrepris le service des aliénés que dès la fin de 1907, d'autre part parce que dès le milieu de 1923 le service de l'asile a été dédoublé en un service d'hommes et un service de femmes.

Coiffeurs.....	25	—	8
Maçons, Marbriers.....	20	—	8
Boulangers.....	24	—	2
Cuisiniers.....	19	—	5
Cochers.....	12	—	3
Tanneurs.....	9	—	3
Bateliers, Pêcheurs.....	16	—	7
Marins.....	30	—	11
Cafetiers.....	18	—	11
Domestiques.....	32	—	11
Militaires.....	16	—	4
Ouvriers, Manœuvres.....	86	—	8
Cultivateurs.....	66	—	4
Jardiniers.....	14	—	3
Ecoliers.....	46	—	1
Divers.....	16	—	7
Sans métiers.....	118	—	2
Du métier inconnu.....	32	—	10
	1.300		293

Ainsi que l'indique le tableau G, les métiers libéraux ne sont représentés que par 24 aliénés, dont 8 P. G., soit une porportion de 33,3 0/0, dépassant assez la moyenne pour les hommes, qui est de 24 0/0. Les médecins ont une proportion de 30,8 0/0. Parmi les 20 professeurs et instituteurs il n'existe aucun P. G., mais, sur 11 religieux, nous trouvons 3 P. G. soit une proportion de 27,2 0/0, proportion considérable par rapport à celle observée chez les religieux en Europe.

La fréquence de la P. G. est très grande parmi les boursiers, banquiers, négociants, commissionnaires et les commerçants en général. Sur 94 aliénés de ces métiers il y eut 43 P. G., soit 45,7 0/0. Nous notons la même proportion (45,6 0/0) pour les divers petits marchands en général (merciars, marchands de légumes, marchands ambulants, colporteurs): sur 68 exerçant ces métiers nous trouvons 31 P. G. Parmi les marchands ambulants nous rangeons les Pragmatéftis = colporteurs d'étoffes et d'articles de confection pour femmes, grecs et juifs pour la plupart et dont les femmes coquettes de la basse classe, et surtout les pensionnaires des maisons de tolérance, forment la plus

grande clientèle. Nous trouvons aussi une proportion très élevée chez les individus exerçant quelques autres petits métiers (ferblantiers, teinturiers, bacheliers) avec une proportion maxima chez les cafédjis 61 0/0.

Cette grande fréquence de la P. G. est principalement due à ce que la syphilis est très répandue parmi ceux exerçant ces métiers, depuis les marchands ambulants jusqu'aux boursiers et les négociants. Il en est d'eux comme des cafédjis et des colporteurs : Le contact des uns et leurs relations professionnelles avec des femmes de la basse classe et surtout des prostituées, les exposent à la syphilis. La contamination des autres s'explique, croyons-nous par le fait que banquiers et commerçants, gagnent l'argent avec facilité et en abondance, le dépensent de même pour leurs plaisirs et sont de par le fait plus recherchés par les femmes de mœurs légères. En ce qui concerne la cérébralité, comme cause de la P. G., on peut l'invoquer, comme on en a l'habitude, pour ces derniers ; mais on ne peut certainement plus le faire pour les cafédjis, les colporteurs et les marchands ambulants ; chez eux, c'est plutôt l'ignorance qu'on peut incriminer comme cause secondaire de leur P. G. N'ayant aucune idée de la syphilis et de ses conséquences, non seulement ils en sont plus facilement contaminés mais leur syphilis reste souvent ignorée et habituellement insuffisamment ou point traitée. Ainsi l'on pourrait dire que leur ignorance augmente leur syphilisation.

D'autre part il est digne de signaler que chez les épiciers qui peuvent-être classés entre les négociants et les petits marchands, la fréquence de la P. G. n'est pas tellement élevée. Nous trouvons 9 P. G. sur 68 épiciers entrés dans notre asile, soit une proportion de 13,2 0/0, chiffre de beaucoup inférieur à celui fourni par les autres marchands. La raison en est que chez les épiciers, la syphilis fut peu répandue, jusqu'à présent, parce que, comme nous l'avons déjà dit, la plupart des épiciers sont originaires de l'Asie Mineure, ils se marient jeunes et mènent dans la capitale une

vie familiale aux mœurs austères. Les marchands de vin et les cabaretiers sont aussi relativement peu frappés de P. G., nous n'en relevons que 4 P. G. sur 27 soit une proportion de 14,8 0/0, alors qu'on s'attendait, à cause de leur alcoolisation habituelle, à une proportion beaucoup plus élevée, comme en Europe. Cela s'explique par le fait, qu'ici, ces métiers n'exposent pas à des relations avec des femmes et que d'autre part, jusqu'à ces dernières années, ce furent surtout les épiciers qui cumulaient le métier de marchand de vin.

Nous pouvons ranger, à côté des épiciers, les forgerons et les boulangers, donnant aussi une proportion faible de P. G.

Par contre les fumistes et les ferblantiers, les teinturiers et les tanneurs ont une proportion élevée ; mais dans leur ensemble les artisans ont une proportion moyenne de 24 0/0 : sur 312, nous trouvons 76 P. G.

Chez les employés et les secrétaires, on relève aussi une proportion moyenne, sauf chez ceux du chemin de fer et des trams.

Chez les ouvriers et les manœuvres, la fréquence de la P. G. est de 9,3 0/0, chez les laboureurs 6 0/0. Dès 4 laboureurs atteints de P. G., un seul pourrait-être considéré comme paysan proprement dit ; les trois autres rentrent dans la classe des cultivateurs de jardins potagers et de vignes se trouvant dans la ville et sa proximité.

La proportion de la P. G. est minime chez ceux compris dans la classe des « sans métiers » parce que composée d'idiots et de déments et en général d'aliénés qui, de par leur jeune âge et leur état mental ; étaient incapables de s'appliquer antérieurement à un métier.

En ce qui concerne les militaires, il faut noter qu'ils ne l'étaient pas de profession.

La catégorie « divers » est composée de : un journaliste, un musicien, un professeur de danse, un surveillant d'école, un imprimeur et un matelassier.

En classant les métiers selon la proportion de la

P. G., nous pouvons les résumer dans les 5 catégories suivantes :

1) Professions à proportion très élevée (40 0/0 et au-dessus) : Boursiers, commerçants, courtiers, commissionnaires, marchands de fruits et de légumes, marchands ambulants, cafetiers, bateliers, fumistes-ferblantiers, maçons-marbriers.

2) Prof. à prop. élevée (30-40 0/0) : merciers et petits marchands, intellectuels, charpentiers et menuisiers, teinturiers, coiffeurs, tanneurs, marins.

3) Prof. à prop. moyenne (20-30 0/0) : Religieux, bouchers, cuisiniers, mécaniciens, tailleurs, jardiniers, employés, bijoutiers et horlogers.

4) Prof. à prop. faible (10-20 0/0) : Domestiques, épiciers, marchands de vin et cabaretiers.

5) Prof. à prop. très faible ou nulle (0-10 0/0) : Ouvriers et manœuvres, cultivateurs, boulangers, forgerons, instituteurs.

PROFESSIONS EXERCÉES PAR LES FEMMES

Il est de notoriété publique que, chez nous, la femme mène une vie casanière et beaucoup moins agitée que celle de la femme européenne. Il n'y en a qu'une partie minime s'occupant en dehors de leur ménage, à des métiers essentiellement féminins, comme celui de couturière, institutrice, etc.

Les femmes, selon leurs occupations, se répartissent ainsi :

PROFESSION. FEMMES. TABLEAU H

Travaux de ménage.	720	dont P. G.	33
Servantes	68	—	2
Institutrices	9	—	0
Couturières	12	—	2
Ouvrières	6	—	0
Prostituées	6	—	3
Infirmières.	2	—	0
Sages-femmes.	2	—	1
Mendiantes.	2	—	2
Écolières	4	—	0
Prof. non déclarées	7	—	2
	838		45

Si nous retranchons du total de 838 les 4 écolières, les 7 femmes à métier inconnu, ainsi que les 68 servantes occupées aux travaux de ménage de diverses familles, il ne reste, à proprement parler, que 39 femmes travaillant au dehors du ménage, et qui constituent une proportion de 4,7 0/0 sur le total. La fréquence de la P. G. chez les ménagères est donc de 4,5 0/0 ; moindre chez les servantes (3 0/0), la plupart de celles-ci étant jeunes et célibataires. Chez les 39 femmes restantes, la proportion est de 20 0/0. Si nous en retranchons les 6 prostituées, avec 3 P. G. (proportion 50 0/0) et les deux mendiante, toutes les deux P. G., la proportion de la P. G. chez les femmes s'occupant à un métier en dehors du ménage est donc de 9,6 0/0, ce qui fait une proportion presque double de celle des femmes s'occupant du ménage.

La classe pauvre paraît beaucoup plus frappée par la maladie que la classe aisée, alors que chez les hommes la classe aisée est atteinte à peu près au même degré que la basse classe.

ETAT CIVIL. TABLEAU I

ETAT CIVIL	ENTRÉES			PARAL. GÉNÉRALES		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
Célibataires	639	355	994	70	7	77
Mariés.	440	373	813	179	30	209
Veufs.	16	105	121	2	8	10
Inconnus	19	5	24	8	0	8
Total	1.114	838	1.952	259	45	304

Hommes. — Bien que le chiffre total des aliénés célibataires, entrés dans notre asile, soit supérieur de 18 0/0 à celui des mariés, les P. G. mariés dépassent de plus de deux fois et demie le nombre des P. G. célibataires (1). La proportion de la P. G. chez les

(1) Les prostituées sont comprises dans les célibataires.

aliénés non mariés est de 11 0/0, alors qu'elle est de 40,7 0/0 chez les mariés.

Femmes. — La supériorité du nombre des P. G. mariées est encore plus frappante. Nous trouvons pour une P. G. célibataire plus de 4 P. G. mariées.

La proportion de la P. G. chez les aliénées mariées est de 8 0/0, chez les célibataires 2 0/0, et cela en y comptant les 3 prostituées, car, sans elles, cette proportion baisserait à 1,14 0/0, et le rapport des célibataires aux mariées serait de 1-7 ; tandis que ce rapport chez les hommes est de 1-4.

Cette prédominance de la P. G. chez les mariés, surtout femmes, tient à ce que, chez nous, on se marie relativement jeune et à un âge où la P. G. ne se déclare que rarement ; à ce qu'aussi le célibat est ici beaucoup plus rare qu'en Europe, surtout chez la femme, qui, n'étant pas émancipée, tant au point de vue social que professionnel, se marie de bonne heure et contracte la syphilis après son mariage ; sans parler que la syphilis n'empêche pas les gens de la basse classe, voire de la moyenne, de se marier (1).

COMPARAISON DES PROPORTIONS ANNUELLES DE LA P. G.

Il ressort de la comparaison des proportions annuelles portées dans le tableau général A, que la proportion de la P. G., au cours de la période des 5 premières années 1908-1912, était en moyenne de 15,2 0/0 ; elle s'élève à partir des années 1913 et 1914 (18 0/0), et atteint le chiffre de 24,5 0/0 (hom. 35,4 0/0, fem. 7,56 0/0) pendant la période des 3 années 1915-1917. Puis, dès 1918, elle baisse brusquement et se maintient pendant toute la période des 5 années 1918-1922, à un chiffre inférieur à celui de la première période, soit 10,76 0/0 (hom. 16,57 0/0, fem. 4,15 0/0). On trouve environ la même proportion pour l'année 1923 (2).

(1) Elle incite même parfois au mariage. Nous avons présents à la mémoire quelques cas de syphilie conjugale transmise par des hommes insuffisamment traités et mariés quelques mois seulement après leur chancre dans l'intention de se mettre désormais à l'abri d'une nouvelle atteinte de maladie vénérienne.

(2) Cette proportion est de 11,26 % (hom. 17,1 %, fem. 4,5 %), soit un excédent de 0,5 % sur la moyenne des 5 dernières années.

On est de prime abord porté à supposer que cette augmentation considérable de la proportion de la P. G., pendant les 3 années 1915-1917, est due exclusivement à l'influence directe de la guerre. Cela n'est pas juste; elle est certes due à ce que, durant ces trois années, les provinciaux étaient empêchés de voyager, de par l'état de guerre et l'interruption des communications, et que nos malades furent en grande partie recrutés parmi la population Constantinopolitaine, qui, comme nous l'avons vu, a une proportion de P. G. de plus de 4 fois et demie pour cent plus grande que les provinciaux. Il en fut de même, mais sur une échelle beaucoup moindre, pendant les années 1913 et 1914. Ainsi durant la période des 3 années 1915-1917, qui se caractérise par le maximum de la proportion de la P. G. (24,5 0/0), nous avons aussi le maximum des entrées des Constantinopolitains (85,4 0/0) et le minimum des entrées des provinciaux, 14,6 0/0, alors que pour la période des 5 années 1908-1912, à une proportion de P. G. n'atteignant que 15,2 0/0, correspond une proportion de 54,1 0/0 des Constantinopolitains et 41 0/0 des provinciaux. Le même rapport proportionnel existe aussi entre les diverses années prises séparément.

Le tableau ci-dessous, comprenant les 15 années de notre statistique, groupées en 4 périodes, résume, d'une part, les proportions de la P. G. et, de l'autre, celles établies selon l'origine.

TABLEAU J

PÉRIODES DES ANNÉES	PROPORTIONS 0/0				Total
	P. G.	ORIGINE			
		Constan- tinople	Provinces	Etranger	
1908-1912	15,2	54,1	41,0	4,9	100
1913-1914	18,0	64,8	32,9	2,3	100
1915-1917	24,5	85,4	14,6	0	100
1918-1922	10,76	70,8	27,1	2,1	100

On y voit clairement que le pourcentage de la P. G. est directement proportionnel au nombre des entrées des Constantinopolitains et inversement proportionnel à celui des entrées des provinciaux.

Il est vrai qu'il ne fut admis, pendant la période des 3 années 1915-1917, aucun malade de l'étranger. Chez les malades de cette catégorie nous avons constaté la proportion la plus élevée de la P. G., mais leur nombre n'atteint que le 2,8 0/0 en moyenne, du chiffre total des entrées et ne peut par conséquent pas influencer sensiblement le pourcentage de la P. G. (environ 0,25 0/0 en plus). Quant à la dernière période 1918-1922, qui se caractérise par le minimum de la proportion de la P. G. (10,76 0/0), nous y constatons, en comparaison avec la période des années 1915-1917, une baisse dans les entrées des Constantinopolitains et une hausse dans celles des provinciaux ; mais le rapport entre la proportion de la P. G. et celle des entrées des Constantinopolitains n'a plus la même rigueur constatée au cours des trois autres périodes où l'écart entre les rapports proportionnels ne dépassait pas un demi pour cent. Et voici pourquoi. Aussitôt après l'armistice et le rétablissement des communications, la population grecque affluait de toutes les provinces à la capitale où elle s'installait. Les aliénés de cette population nouvelle étaient inscrits dans nos registres comme originaires de Constantinople, dont on doit cependant les distinguer, parce que, du point de vue qui nous intéresse, ils ne peuvent pas réellement être considérés comme Constantinopolitains. En effet, une grande partie de ces aliénés, surtout ceux admis dès leur arrivée (vers la fin de 1918) ainsi que les idiots et les chroniques, étaient déjà atteints avant leur installation à Constantinople. Quant aux autres, ils étaient trop nouvellement venus dans la capitale pour avoir déjà subi les influences de la vie urbaine, considérées comme causes de la P. G. Il s'ensuit que, pendant cette dernière période, le nombre réel des véritables Constantinopolitains était inférieur à celui porté dans nos tableaux, alors que celui des provinciaux aurait dû

être supérieur à celui donné pour la même période (1918-1922).

C'est cette affluence des provinciaux dans notre asile qui a été la principale raison de la baisse si considérable que nous avons constatée dans la proportion de la P. G. pendant la période 1918-1922.

Ce qui a aussi en partie contribué à diminuer la proportion de la P. G. est que nous étions obligés de ne pas exclure — comme nous le faisons au cours des années précédentes — un grand nombre de déments et surtout d'épileptiques et d'idiots, à cause de la grande affluence de pareils malades et de la disponibilité des lits de notre asile (1). C'est pour cela que pendant cette période nous trouvons la proportion des épileptiques et idiots doublée (de 5 0/0 à 10 0/0) et même en 1918 plus que triplée (17 0/0). Ainsi, autant le nombre de pareils malades augmente, autant la proportion des autres phrénopathies et de la P. G. diminue.

Enfin l'augmentation du nombre des admissions des femmes, surtout provinciales, par rapport à celui des hommes, a contribué aussi quelque peu à cette baisse de la proportion de la P. G. Ainsi, alors que pendant les 10 années 1908-1917 le rapport H. : F. était 59 : 41 0/0, pendant la période des années 1918-1922 ce rapport tend à s'égaliser 53,2 : 46,8 0/0.



Ici une question se pose : la guerre a-t-elle aussi contribué, à côté des facteurs sus-mentionnés, à l'augmentation de la proportion de la P. G. ? Nous ne saurions l'affirmer avec certitude, et encore moins déterminer la part exacte qui lui revient dans cette augmentation, n'ayant un recensement exact ni de la population ni de tous les aliénés. Nous pourrions cependant procéder par un calcul tout à fait hypothétique et

(1) Le nombre de nos malades oscillant entre 360-400 baisse graduellement à partir de 1917 et vers la fin de l'année 1918 tombe à 170-180, nous laissant disponibles la moitié environ de nos lits.

d'une façon approximative à cette détermination, en comparant chez les seuls Constantinopolitains la proportion de la P. G., d'une part au cours des années 1915-1917, d'autre part au cours du précédent septénaire 1908-1914. — Dans cette comparaison nous ne pouvons pas faire entrer en ligne de compte la dernière période des années 1918-1922, à cause surtout du déplacement et de l'émigration des populations et de tout ce que nous avons déjà dit sur cette période.

Ainsi que l'indique le tableau synoptique ci-dessous K, la proportion de la P. G., calculée seulement sur les habitants de Constantinople, s'est élevée pendant la période 1915-1917 de 6,2 0/0 (hom. 9,1 0/0, fem. 0,66 0/0).

TABLEAU K

ANNÉES	Entrées de Constantinople			P. G. de Constantinople			Proportion 0/0		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
1908-1914.....	338	225	563	103	19	122	30,47	8,44	21,66
1915-1917.....	159	99	258	63	2	72	39,61	9,10	27,90

Mais, pour plus de précision, nous devons prendre en considération ce détail que chez les hommes, à cause du recrutement, la proportion des aliénés âgés de 21-30 ans a subi une diminution considérable; de 29,4 0/0 qu'elle était pendant toute la période d'avant-guerre, elle tombe à 18 0/0 pendant la période triennale (1). Quoique une partie de cette baisse soit compensée par l'augmentation du nombre des entrées de l'âge compris entre 16-20 ans, le fait que c'est entre 21-30 ans que nous avons relativement le plus grand

(1) Cette baisse a été surtout marquée chez ceux âgés de 21-2 ans (de 15 % à 7,5 %).

nombre des entrées avec une proportion relativement petite de la P. G., contribue un peu à cette augmentation de la proportion de la P. G.

En tout cas, il semble que la guerre, agissant comme cause occasionnelle, a aussi quelque peu contribué à l'augmentation de la proportion de la P. G., signalée dans notre statistique pendant les années 1915-1917, soit en précipitant l'éclosion de la maladie, soit en accentuant, à cause de la vie difficile, et en rendant plus manifeste l'affaiblissement intellectuel chez des paralytiques dont, en temps normal, l'internement serait moins nécessaire.

De plus il est, croyons-nous, très probable que les multiples conséquences des guerres, agissant comme causes prédisposantes, continuent à augmenter la fréquence de la P. G. ; car la syphilisation, à la suite du relâchement des mœurs, comme la cérébralité, à cause de la vie difficile, se sont accentuées, et il va sans dire que la prédisposition héréditaire, s'est aussi aggravée de par les multiples émotions, privations, épidémies, etc., chez les enfants nés et élevés au cours de cette longue période d'épreuves. La comparaison des données actuelles avec celles des statistiques futures préciseront la part que la guerre aura eue comme cause indirecte et prédisposante à l'extension de la Paralyse générale.

RÉCAPITULATION

Sur 1.952 aliénés (hom. 1.114, fem. 838) admis pour la première fois dans l'asile des Hôpitaux Grecs de Constantinople au cours des 15 années 1908-1922, il existait 304 P. G. (hom. 259, fem. 45), soit une proportion de 15,57 0/0 (hom. 23,24 0/0, fem. 5,37 0/0). Abstraction faite des 109 non Grecs, avec 8 P. G., la proportion de la P. G. sur l'élément grec s'élève à 16 0/0 (hom. 23,95 0/0, fem. 5,66 0/0). Rapport F. : H. : 1 : 4,2. Cette fréquence n'est pas inférieure à celle de la moyenne de tous les pays de l'Europe, ainsi qu'à celle

de l'asile Dromokaïtion d'Athènes (1).; elle est supérieure à celle des autres asiles de Constantinople (2).

Origine. — La proportion de la P. G. selon la provenance est : chez les Grecs venant de l'étranger, 27,7 0/0 ; chez les Constantinopolitains, 23,6 0/0 ; chez les provinciaux, 5 0/0. Il n'y avait parmi les paralytiques généraux qu'un paysan proprement dit. Le rapport F. : H. selon l'origine est : pour ceux de l'étranger, 1 : 3 ; pour les Constantinopolitains, 1 : 4 ; pour les provinciaux, 1 : 6.

Age. — Nous trouvons la fréquence maxima de la P. G. entre 36-45 ans, soit 42,7 0/0 du total des P. G., et 19 0/0 pour les 5 années au-dessous et au-dessus de cette décade. Ainsi les 71,4 0/0 des P. G. étaient d'âge mûr (31-50 ans). Les P. G. âgés, au-dessus de 50 ans, ne sont pas tellement rares, ils constituent environ le cinquième du total. Nous avons noté 13 P. G. hommes dépassant la 60^e année, dont 3 âgés même de 68-70 ans. Entre 21-25 ans nous n'avons eu que 5 hommes ; deux de ces hommes, respectivement de 23 et 25 ans, présentant le syndrome clinique de la P. G. au complet, mais avec des réactions du liquide céphalorachidien restées toujours négatives. Deux seuls cas de P. G., ayant débuté respectivement à 14 et 15 ans chez des hérédosyphilitiques, avec chez l'un même une hérédité similaire. Chez les femmes, la P. G. sénile est relativement plus rare, nous n'en trouvons aucune après 60 ans, les femmes étant plus rarement contaminées après leur

(1) D'après le tableau statistique du médecin-directeur de cet asile, le Dr Yanniris (comptes rendus de 1921, p. 24), la moyenne de la proportion de la P. G. de 1887-1921 est pour les hommes 21 %, pour les femmes 4,1 %. Il est à présumer que ces proportions ne seraient inférieures aux nôtres, si comme celles-ci, étaient établies sur les seules admissions pour la première fois. Il est à noter aussi que la proportion globale des P. G. hommes et femmes de Dromokaïtion (16,5 %) ne l'emporte sur la nôtre qu'en apparence et cela à cause des admissions des hommes de beaucoup supérieures à celles des femmes. Hommes : 2.361 ; femmes : 839 = 26 : 74 %. Chez nous : 1.114 : 838 = 43 : 57 %.

(2) Selon une communication orale du Dr Mashar Osman bey, aliéniste en chef de l'hôpital français « de la Paix » et de l'asile turc de « Top-tachi », la proportion de la P. G. serait en moyenne de 2-3 % pour le premier et de 4-5 % pour le second, inférieure à la nôtre.

45^e année. Le rapport F. : H. selon l'âge est : pour les P. G. précoces, 1 : 3,5, de l'âge mûr, 1 : 4, séniles, 1 : 6,7.

En établissant le rapport entre le nombre des P. G. et celui des entrées du même âge, nous trouvons la plus grande proportion entre 41 et 45 ans (sur 100 hom. et 66 fem. aliénés de cet âge, les 54 hom. et 10 fem. étaient P. G.). Ce rapport augmente toujours au profit des âges les plus avancés, quoique le nombre des P. G. diminue. Cela est dû au fait que ce rapport est établi sur un nombre d'entrées toujours décroissant à cause de la diminution, avec l'âge, du nombre des phrénopathies autres que la P. G.

Profession. — La diversité du genre de vie, des us et coutumes de tant de tribus et de races habitant le pays, a créé une multitude de petits métiers. Avec la pénétration de la civilisation européenne, ces métiers perdent graduellement de leur originalité et de leur cachet oriental ; certains même disparaissent alors que de nouveaux naissent.

Nous trouvons une très grande fréquence de la P. G., 41-60 0/0, tant chez les négociants et les boursiers que chez les petits marchands, les colporteurs, les cafetiers et ceux exerçant certains petits métiers. Chez eux tous la syphilis est relativement très répandue. L'abondance de l'argent incite les commerçants et les banquiers à l'abus vénérien et les fait rechercher par les femmes de mœurs légères ; les autres sont de même exposés à la contamination, de par leurs professions et leurs relations fréquentes avec des femmes de la basse classe et surtout des prostituées. Chez tous ces gens des petits métiers, nous ne pouvons pas invoquer de plus la cérébralité comme cause de leur P. G., bien au contraire, c'est leur ignorance qui intensifierait leur syphilisation.

Parmi les aliénés qui exerçaient des métiers libéraux, nous trouvons une proportion de 33 0/0 (chez les médecins 30,8 0/0). Chez nos religieux nous trouvons la proportion notable de 27 0/0. Les artisans, pris en bloc, ont une proportion moyenne de 23 0/0. Il y a cependant certains métiers (forgerons, boulangers), chez

qui, comme chez les épiciers et les marchands de vin, la proportion est relativement petite 8-13 0/0. Cela est dû soit à ce que certains de ces métiers sont exercés par des gens originaires des mêmes provinces et menant ici une vie familiale selon les mœurs austères de leur pays, soit à ce que certains autres n'exposent pas, de par leur genre, à des relations avec des femmes, partant à la syphilisation. Les manoeuvres-ouvriers et cultivateurs ont une proportion de 6-9 0/0. La P. G. chez les paysans proprement dits est extrêmement rare.

Les 95 0/0 des femmes aliénées s'occupaient de leur ménage et donnèrent une proportion de P. G. de 4,5 0/0 ; elle est de 3 0/0 chez les servantes, parce que la plupart sont jeunes et célibataires. Chez les prostituées, la proportion est de 50 0/0. Le restant des femmes, occupées à d'autres métiers, donne une proportion de 9,6 0/0.

On peut dire qu'ici la P. G. est, chez l'homme, une affection autant aristocratique que démocratique, alors qu'elle est plutôt démocratique chez la femme.

Etat-civil. — Le nombre des P. G. mariés est de beaucoup supérieur, surtout chez les femmes, à celui des célibataires. Le rapport en est pour les hommes 2,6 : 1 et pour les femmes 7 : 1 (sans compter les 3 prostituées). Les proportions de la P. G., entre les célibataires, sont : hommes, 11 0/0, femmes, 1,14 0/0 et entre les mariés : hom. 40,7 0/0, fem. 8 0/0. Le nombre des veuves P. G. est double de celui des femmes non mariées (les prostituées non comprises) et leur proportion égale celle des femmes mariées. Cette supériorité des P. G. mariés s'explique par le fait que chez nous le célibat est rare et qu'on se marie relativement jeune, surtout les femmes, qui contractent la syphilis après leur mariage.

Si nous comparons les proportions annuelles de la P. G. au cours des 15 années, nous remarquons qu'à partir de 1913 celle-ci s'élève un peu ; elle atteint au cours des années 1915-1917 un maximum moyen de 24,5 0/0 (hom. 35,4 0/0, fem. 7,56 0/0) et tombe subitement, dès 1918, à un minimum moyen de 10,76 0/0. Cette élévation est due à la diminution, durant la guerre,

du nombre des entrées des provinciaux et à l'augmentation simultanée du nombre de Constantinopolitains (de 54,1 0/0 à 85,4 0/0). Par contre la baisse constatée dès l'armistice est due, principalement, à l'affluence d'un grand nombre de provinciaux, surtout femmes, et aussi à celle de chroniques, surtout idiots et épileptiques.

Il semblerait que la guerre a aussi contribué un peu à l'augmentation de la proportion de la P. G., soit en hâtant l'éclosion de la maladie, soit en rendant plus manifeste la démence des Paralytiques Généraux dont l'internement en temps normal serait évitable. Un calcul hypothétique, qui se base sur la comparaison chez les seuls Constantinopolitains de la proportion de la P. G., d'une part au cours des années 1915-1917, et d'autre part au cours du septénaire 1908-1914 et donnant un excédent de 6,2 0/0, plaide en faveur de cette supposition. La dernière période 1918-1922 est exclue de cette comparaison à cause du déplacement et de l'émigration des populations.

Enfin il est très probable que les diverses conséquences des guerres travaillent encore comme causes prédisposantes à l'augmentation de la fréquence de la P. G., car la syphilisation, la cérébralisation ainsi que la prédisposition héréditaire se sont accentuées.

Nous serons là-dessus éclairés par des statistiques à venir comparées à celles déjà établies.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 JANVIER 1925

Présidence : MM. TRUELLE et ROUBINOVITCH, Présidents

MM. X. Abély, Olivier, Louis Parant, N. Vieux, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 29 décembre 1924.

La correspondance manuscrite comprend :

1° une lettre de M. le D^r Marcel Briand, membre titulaire de la Société, qui demande à être admis à l'honorariat.

A l'unanimité, la Société fait droit à cette demande et M. Marcel Briand est nommé membre honoraire de la Société.

2° une lettre de M. Li-Ki-Wey qui demande au Président de la Société de le conseiller pour l'achat de livres pour le « Chinese Institute of Mentalism ».

La correspondance imprimée comprend l'exposé des titres et travaux scientifiques de M. le professeur Ch. Ladame (de Genève), membre associé étranger de la Société.

ALLOCUTION DE M. TRUELLE, *président sortant*

M. TRUELLE. — Messieurs, je ne veux pas quitter ce fauteuil sans vous remercier encore une fois de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant voici un an à présider vos séances. Vous trouverez sans doute que le mode de remerciement laisse à désirer qui consiste à vous infliger un discours ; mais il me faut bien me conformer à la coutume, et je m'en excuse. L'année

1924 a fait, vous le savez, parmi les membres les plus assidus de la Société, un vide qui de longtemps ne pourra pas être comblé ; je veux parler de la perte du regretté D^r Vallon, notre ancien Président, dont nous avons maintes fois, dans cette enceinte, apprécié l'autorité et le bon sens clinique, et qui, par ses interventions si lucides, savait ramener à l'occasion dans le domaine des faits, certaines discussions parfois un peu spécieuses. Deux des membres les plus anciens de la Société ont disparu également dès le début de cette année, ce sont le D^r Rist (de Versailles) et le D^r V. Parant (de Toulouse).

En notre nom à tous, je salue une fois de plus leur mémoire.

Ces pertes trop sensibles ont été partiellement comblées par les élections comme membres titulaires de M. le professeur agrégé Lhermitte et de M. le D^r Guiraud, médecin-chef des Asiles de la Seine. Je souhaite que ces nouveaux venus fassent largement bénéficier la Société de leur ardeur bien connue au travail, et tout spécialement de leurs connaissances approfondies des sciences neurologique et anatomo-pathologique, connaissances si précieuses pour la médecine mentale.

Toute une floraison de nouveaux membres correspondants a vu le jour pendant cette même année qui vient de s'écouler. Ce sont MM. les D^{rs} Prince, Dabout, Jean Reboul-Lachaux, Paul Abély, Lautier, Deron, Beaudoin. Si j'en oublie quelqu'un, qu'il veuille bien m'excuser. Parmi eux, nous ou nos successeurs n'auront plus tard que l'embarras du choix lorsqu'il faudra pourvoir à quelque nouvelle vacance.

Enfin, continuant la tradition qui maintient serrés les liens qui rattachent l'Amérique latine à la science médicale française, un membre correspondant étranger a été élu, le D^r Henrique Roxo, de Rio de Janeiro.

Pour terminer ce résumé de faits, je rappellerai que notre dévoué trésorier, le D^r Raymond Mallet, s'est vu attribuer en 1924 la croix de chevalier de la Légion d'Honneur, et je rappellerai aussi les noms des lauréats de la Société Médico-Psychologique : le D^r Deron (prix

Aubanel), avec une mention très honorable au D^r Daniel Santenoise, pour leur travail sur les états maniaques (sujet imposé) ; le D^r Robin (prix Belhomme), pour sa thèse sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'Encéphalite épidémique ; le D^r Targowla (prix Esquirol) pour ses Recherches sur le syndrome humoral de la Paralyse générale et ses applications cliniques.

Comme toujours, l'activité scientifique des membres participant à différents titres à la Société Médico-Psychologique a été grande en 1924 ; les communications qui vous ont été soumises ont été nombreuses, intéressantes et variées. Il serait fastidieux de les remémorer toutes. J'indiquerai seulement quelques grandes lignes ou plutôt quelques têtes de chapitres qui montreront qu'aucune des différentes branches qui se rattachent à la médecine mentale n'a été négligée.

Ce sont d'abord avec M. Ceillier des considérations analytiques de psycho-pathologie très fouillée sur les variétés du langage automatique. Ce sont ensuite une série de documents cliniques sur des cas curieux ou plus ou moins anormaux de psychoses classées : un inventeur mélancolique présenté par M. Durand-Saladin ; une psychose tabétique avec interprétation des symptômes somatiques dus au tabes, rapportée par MM. Roubinovitch, Minkowski et Monestier ; un cas de délire d'interprétation particulièrement riche, exposé par M. Cénac, etc...

Dans le domaine des applications thérapeutiques, M. Trénel a de nouveau attiré l'attention sur les accidents mortels observés parfois dans l'épilepsie au cours du traitement gardénalique ; MM. Dupouy et Montassut nous ont fait connaître les heureux résultats obtenus en vue de la sédation de certains états anxieux par l'usage du gardénal à doses réfractées ; M. Quercy enfin, dans notre dernière séance, nous a exposé les bienfaits du somnifène intra-veineux dans les états d'excitation.

Je note également les communications à visées plus spécialement médico-légales de MM. Reboul-Lachaux,

Cénac et de Mlle Serin, sur les rapports de l'encéphalite épidémique et des perversions sexuelles, et dans l'ordre des recherches biologiques, l'intéressante documentation présentée par M. le professeur Claude et les D^{rs} Targowla et Santenoise sur la paralysie générale incipiens à la période qu'ils appellent présymptomatique, et qu'il serait peut-être plus exact de dénommer préclinique.

Je ne veux pas oublier les très importantes discussions qu'ont soulevées les faits rapportés par M. Pactet, spécialiste en la matière, pourrait-on dire, faits relatifs à cette question si grave des cas de folie confirmée chez des agents de chemin de fer chargés d'un service de traction ou de sécurité.

J'en passe, et non des moins intéressantes, pour arriver à trois groupes de données et de suggestions qui, soit par leur caractère de nouveauté, soit par leur importance pratique, m'ont paru avoir plus particulièrement retenu l'attention de la Société.

C'est en premier lieu la communication du D^r Dabout et l'importante discussion à laquelle elle a donné lieu sur l'établissement d'un carnet individuel pour chaque malade aliéné et d'un fichier central qui permettrait de suivre et de retrouver partout tel psychopathe qui se serait révélé plus spécialement dangereux. Excellentes en théorie, ces mesures sont apparues assez compliquées en pratique, et, partant, susceptibles de ne donner que des résultats problématiques ou hors de proportion avec l'effort à accomplir. Comme on l'a fait remarquer d'ailleurs, la série des certificats successivement établis, et qui devraient suivre le malade partout, semblent bien devoir répondre aux légitimes préoccupations du D^r Dabout, lequel voudrait qu'un aliéné dangereux ne risque pas trop aisément d'être mis en liberté par un médecin non suffisamment averti du caractère nocif de ce malade.

Je rappellerai en second lieu le syndrome curieux par son expression clinique et surtout par sa psychogénèse décrit sous le nom de syndrome des sôsies, par le D^r Capgras. La parfaite conscience scientifique de

notre collègue, la finesse de son analyse clinique, la pénétration de ses déductions psychologiques, ne pouvaient manquer de valoir à ce syndrome nouveau, la fortune que vous savez.

Enfin dans un domaine plus vaste, fait à la fois d'analyse clinique et de synthèse pathologique, ce fut la notion des états schizoïdes complètement révisée et renouvelée par M. le professeur Claude et par ses élèves, Borel et Robin. Notion du plus haut intérêt pratique et scientifique, mais étude pleine de difficultés, que pour mener à bien il ne fallait rien moins que l'esprit si clair et la puissance de travail si remarquable du Maître de la chaire de pathologie mentale.

Mais je ne veux pas plus longtemps abuser de votre temps ; vous avez à entendre des choses plus intéressantes. Aussi je m'empresse de céder la place à mon successeur, mon collègue et ami, le D^r Roubinovitch, qui cette année va diriger vos travaux. Je l'invite donc à me remplacer au fauteuil de la présidence, et je prie aussi notre distingué collègue, M. Sollier, élu vice-président, de venir occuper, au bureau de la Société, la place qui lui revient.

ALLOCUTION DE M. ROUBINOVITCH,

Président de la Société pour l'année 1925

M. ROUBINOVITCH. — Mes chers collègues, comme tous mes prédécesseurs, j'ai à vous parler de la satisfaction que j'éprouve à m'asseoir aujourd'hui dans ce fauteuil présidentiel qui, pour ne représenter rien de pompeux ni d'officiel, éveille cependant une idée tout à fait flatteuse et honorable. Je le fais de très grand cœur et je vous remercie de m'avoir choisi comme Vice-Président, l'an dernier ; comme Président, cette année.

J'ai à vous dire aussi quelques paroles de modestie. Mais, alors que pour beaucoup de mes prédécesseurs, qui avaient ardemment travaillé pour vous et avec vous dans cette société, ces paroles n'exprimaient qu'une tradition courtoise et raisonnable, les mien-

nes, si je sais me faire comprendre, vous diront combien j'ai conscience d'avoir peu mérité l'honneur que vous me faites.

En effet, depuis plus de trente ans que je suis au milieu de vous, qu'ai-je fait pour cette Société médico-psychologique, cette grande Ecole d'enseignement mutuel de neuro-psychiatrie, qui a toujours excité en moi la plus vive, la plus sympathique estime, la plus sincère admiration ? Je l'avoue, aujourd'hui, avec un réel sentiment de remords : presque rien...

Et alors, Messieurs, maintenant que vous voulez bien me confier, pour une année, la direction de vos débats, de quel front venir vous dire : « Je voudrais « que cette année de 1925 fût féconde ; je vous en « prie, mes chers Collègues et vous, jeunes internes de « nos services, travaillez, travaillons ensemble avec « une nouvelle ardeur ? » Ce serait bien de l'audace. Mais la bienveillance que vous m'avez prouvée, en me choisissant comme président, m'engage à avoir cette audace et à vous faire une toute petite suggestion.....

Vous savez que la lutte antivésanique est aujourd'hui à l'ordre du jour, au même titre, avec le même caractère d'urgence, que la lutte contre les autres grands fléaux sociaux de notre temps, contre la tuberculose, contre la syphilis, contre le cancer... Et, n'est-ce pas au sein de notre Société Médico-Psychologique que se sont recrutés, par un élan spontané, presque tous les membres dirigeants de cette « Ligue d'Hygiène mentale », qui sous la vigoureuse impulsion de notre collègue et ami Toulouse, a pris l'extension que vous savez... Il vous appartient d'apporter à cette tribune des documents, des observations, des études se rattachant à ce grand problème de la Psychiatrie sociale et, en particulier, tout ce qui touche à la question si angoissante de l'enfance mentalement anormale laquelle apparaît, de plus en plus, à beaucoup d'entre nous, sinon à tous, comme le point de départ de la pathologie mentale tout entière. Je me déclarerais très satisfait si les problèmes que je vous signale, pouvaient, sans vous éloigner de vos recherches habi-

tuelles, tenir fréquemment quelque place dans vos ordres du jour. En me permettant de vous suggérer ces idées, j'invite ainsi la Société Médico-Psychologique, qui a toujours travaillé, avec le plus grand désintéressement, au progrès de la Psychiatrie, à descendre, de temps à autre, des hauteurs de la science pure, pour se mettre au service de l'humanité souffrante.

Qu'il s'agisse des douleurs physiques ou des misères morales, n'est-ce pas là, en définitive, notre mission sociale à nous tous, les médecins : *sedare dolorem opus divinum*.

Messieurs, avant de m'arrêter, je dois de vives félicitations à notre président sortant, mon collègue et ami Truelle, pour la manière énergique et calme dont il a dirigé vos débats en 1924. Je suivrai son exemple. Et ma tâche sera d'autant plus facile que je trouverai, toujours à mes côtés, l'aide active et précieuse de mon vieux camarade et ami, Henri Colin, notre infatigable secrétaire général ; de nos fidèles et ponctuels secrétaires de séances, Charpentier et Mignard ; de notre prudent et vigilant trésorier, Raymond Mallet.

J'adresse mes cordiales félicitations à notre nouveau vice-président, le Dr Sollier, et je l'invite à vouloir bien prendre place au Bureau.

Rapport de la Commission des Finances

M. SEMELAIGNE. — L'avoir de la Société,	
au 31 décembre 1923, était de	17.978 74
Les recettes, en 1924, ont été de	3.118 »
	<hr/>
Total	21.096 74
Les dépenses ont été de	4.732 20
	<hr/>
Reste un revenu global de	16.364 54
	<hr/>

se décomposant ainsi:

Société Médico-psychologique	3.007 44
Prix Aubanel	7.411 60
Prix Belhomme	2.650 »
Prix Moreau (de Tours)	200 »
Prix Christian	1.995 50

Total	15.264 54
-------------	-----------

Somme à laquelle il faut ajouter des coupons de rente 3 0/0 en renouvellement se montant à

1.100 »

L'avoir de la Société est donc de	16.364 54
---	-----------

Les rentes sont de :

Société médico-psychologique	268 »
Prix Aubanel	400 »
Prix Belhomme	150 »
Prix Moreau (de Tours)	50 »
Prix Christian	100 »

Total	968 »
-------------	-------

Plus les coupons de rente 3 0/0 se montant à

1.100 »

Total	2.068 »
-------------	---------

en renouvellement.

Votre commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1924, et de voter des remerciements à M. Raymond Mallet, notre dévoué trésorier.

La Société adopte à l'unanimité les conclusions de ce rapport et vote des félicitations à M. Raymond Mallet, trésorier de la Société.

Commissions des Prix

A l'unanimité, sur la proposition de M. le secrétaire Général, sont désignés pour faire partie des Commissions de Prix.

Prix Belhomme : MM. Capgras, G. de Clérambault, Truelle. (Un seul mémoire a été déposé).

Prix Esquirol : MM. Bussart, René Charpentier, Marchands. (Un seul mémoire a été déposé).

Prix Moreau de Tours : MM. Dupain, Rodiet, Toulouse. (Trois mémoires ont été déposés).

Troubles du caractère et cardiopathies

Par G. ROBIN et CÉNAC. (*Service de la Clinique*)

Les troubles mentaux associés à des cardiopathies ont été tour à tour admis et contestés par les divers auteurs qui se sont occupés de cette question. Certains comme Fauconneau (1), Fisher (2), Eickhorst (3), Huchard (4) admettent l'existence d'une psychose cardiaque nettement définie dans ses caractères et son évolution.

Analysant d'une façon précise les principales lésions orificielles et valvulaires, Mickle (5) constate chez les malades atteints d'insuffisance mitrale un degré de mélancolie marquée, de l'abattement, de l'hypocondrie, quelques hallucinations épisodiques pouvant aboutir à des idées de persécution.

Certaines dispositions malveillantes, l'irritabilité, les tendances aux impulsions violentes caractériseraient pour cet auteur, au point de vue mental, les troubles liés à un rétrécissement mitral.

D'Astros (6) reconnaît deux tendances chez les malades atteints de lésions cardiaques, une vers la

(1) FAUCONNEAU. — De la folie d'origine cardiaque. *Th.* Paris, 1890.

(2) J. FISCHER. — Weber Psychosen bei Herzkranken (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*), LIV Bd., 6 Kft, p. 160.

(3) EICKHORST. — Délires toxiques dans les maladies du cœur. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 28 juin 1898.

(4) HUCHARD. — Le cerveau cardiaque. *Bull. Méd.*, 1891.

(5) JULIUS MICKLE. — On insanity in its relation to cardiac and sortie disease. London-Lewi, 1888.

(6) D'ASTROS. — Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques. Paris, Delahaye, 1881.

mélancolie, l'autre vers l'irritabilité ; ces deux tendances pouvant se rencontrer associées et chez des malades atteints de lésions valvulaires différentes.

Chez les aortiques cet auteur constate une différence marquée au point de vue mental avec les mitraux. Le trait qui domine ici est l'excitation psychique accompagnée d'hyperémotivité et parfois de violences. L'opinion de Mickle diffère sur ce point de celle de d'Astros, il cite des observations d'aortiques déprimés, anxieux mais calmes. Dobrotsworski (1) a constaté de même de l'anxiété chez des aortiques.

Ces divers auteurs s'accordent pour reconnaître comme caractère essentiel de ces troubles mentaux d'être « *intermittents ou plutôt rémittents* ». Régis (2), Victor Parant dans une Revue critique de la question parue dans les *Annales Médico-psychologiques* 1883 constatent l'évolution vers la Démence de pareils malades.

A l'heure actuelle, on tend de plus en plus à ne pas reconnaître une forme psychopathique propre aux maladies cardiaques.

« Ce n'est pas, semble-t-il, dans la localisation
« valvulaire mais plutôt dans le mode d'action diffé-
« rent des troubles circulatoires, en rapport avec le
« fléchissement du cœur droit ou du cœur gauche,
« qu'il faut rechercher l'explication des aspects
« opposés que présentent les troubles mentaux
« d'origine cardiaque (sans méconnaître d'ailleurs,
« l'importance que peut avoir la prédisposition) » (3).

Mff. Julien, âgé de 21 ans, est le dernier de 12 enfants. Quatre vivent actuellement, deux sont morts à la guerre, trois sont morts-nés, deux morts en bas âge. Le septième enfant, au dire de la mère, a présenté exactement les mêmes troubles cardiaques post-choréiques que Julien qui

(1) S. DOBROTWSORSKI. — Les maladies du cœur comme cause des psychoses. *Confér. à la Clin. Neurol. de Pétersbourg*, 10 déc. 1898. *Vratch*, 1899, p. 310.

(2) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 5^e édit. Paris, 1914.

(3) TARGOWLA. — Folie cardiaque et insuffisance ventriculaire gauche. *Bull. et Mem. de Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 7 avril 1923

nous occupe actuellement : chorée à 6 ans ayant duré jusqu'à l'âge de 11 ans, mouvements généralisés à tous les membres, par périodes, lésion cardiaque consécutive ayant occasionné la mort à 21 ans, au cours d'une crise d'asystolie sans que ce malade ait jamais manifesté de troubles mentaux.

Julien, venu à terme, a toujours été chétif, « il ne poussait pas comme les autres ». Il parlait à l'âge habituel, il a marché tardivement, à l'âge de deux ans. Soigné, à 3 ans, à l'hôpital Bretonneau pour une fracture de cuisse, il contracte une rougeole grave dont il est long à se remettre. A six ans les mouvements choréiques ont apparu, venant par intervalles, ils auraient persisté pendant quatre ans. Ces mouvements prédominaient et débutaient au niveau du membre supérieur droit ; le malade les sentait venir ; s'asseyait fréquemment sur sa main droite pour essayer de les enrayer. Traité à deux reprises pour sa chorée à Bretonneau, Julien fut amélioré une première fois (liqueur de Boudin). L'amélioration fut moins nette après son second séjour. On n'observe pas de troubles du développement physique pendant sa maladie. Les mouvements choréiques cessent complètement en 1914, le malade est alors âgé de 10 ans. Mais venu quelque temps après à l'hôpital de la Charité, sur les conseils d'un médecin qui l'avait soigné à Bretonneau, on constate une lésion cardiaque qui, depuis cette époque, va aller en s'aggravant avec des crises d'hyposystolie fréquentes.

Au point de vue du caractère habituel, sa mère nous décrit le malade comme un enfant gai, docile, obéissant. Gâté par sa famille en raison de son état physique, Julien suivait irrégulièrement l'école, où il apprenait cependant avec assez de facilité.

Une crise plus grave d'asystolie avec œdèmes des membres inférieurs et ascite nécessite, il y a deux mois, son hospitalisation à l'hôpital Bichat où on pratique des mouchetures au niveau des œdèmes des membres inférieurs. C'est pendant son séjour à l'hôpital qu'ont apparu les troubles du caractère et les réactions ayant motivé son internement.

Il s'ennuyait beaucoup, réclamait constamment à manger malgré la défense expresse du médecin et se plaignait fréquemment à sa mère qu'on se moquait de lui. Le 30 décembre 1924, exaspéré, voyant qu'il n'obtenait pas satisfaction pour sa nourriture, ne constatant pas de progrès dans son état malgré la médication, croyant voir de l'hos-

tilité autour de lui, il casse un urinal et tente avec un débris de verre de s'ouvrir la carotide. Il nous a avoué que quelque temps avant son entrée à l'hôpital, il avait dans un moment de découragement déjà essayé de se tuer, chez lui, avec un revolver.

A son entrée dans le service, le 1^{er} janvier 1925, il se montre très méfiant, irritable tantôt de mauva'se humeur, tantôt enclin à une indifférence feinte à son sort : « Il se f... de tout », nous dit-il, « maintenant je me laisserai faire par ceux qui m'en veulent ». « Ils m'embêtaient tous à Bichat, ils étaient tous sur mon dos, d'ailleurs, ils faisaient ce qu'on leur commandait de faire. »

Plus tard : « Je vous dis que je ne répondrai plus, j'en ai assez. » « F...-moi la paix, vous le savez mieux que moi. »

Il se présente alors avec un léger degré de confusion, avec des troubles de la reconnaissance des objets et des personnes. Cet état confusionnel s'est montré très fugace et a complètement disparu au bout de quelques jours.

Au point de vue physique, son état général est mauvais, il est en pleine crise d'asystolie. Les urines sont rares, le foie est gros, ascite, œdème des membres inférieurs, dyspnée, pâleur de la face, pommettes rouges mydriase.

Son cœur est hypertrophié, la pointe est abaissée et déviée à gauche, on observe un frémissement très net. A l'auscultation on perçoit un souffle systolique et diastolique avec dédoublement du second bruit, souffle d'insuffisance et de rétrécissement mitral. Ses veines jugulaires sont animées de battements, visibles nettement à l'œil nu (pouls veineux vrai). Son foie, douloureux à la pression, est augmenté de volume et abaissé d'une main environ. A l'examen radioscopique le cœur présente une hypertrophie considérable dans tous ses diamètres. L'hypertrophie porte en particulier sur les ventricules. Il n'existe pas d'épanchement pleural appréciable radiologiquement : le diaphragme droit présente cependant un cul-de-sac un peu sombre.

Sa tension artérielle est le 1^{er} janvier de 12-81/2. Traitement : Purgatif, réduction des liquides. Digitaline.

Sous l'influence du traitement l'état général ne tarde pas à s'améliorer. Son pouls plus régulier, plus calme est mieux frappé, nous observons une débâcle urinaire. On constate une amélioration, parallèle de l'état mental, le malade est plus calme, moins anxieux ; il reste cependant toujours maussade et accepte difficilement les soins qu'on lui

donne. Il ne cesse de réclamer à manger. Cette amélioration persiste jusqu'au 14 janvier. On voit alors apparaître une nouvelle crise d'hyposystolie avec les mêmes caractères que la première... Mais au lieu du pouls veineux vrai bilatéral, on constate, à gauche, une tuméfaction non pulsatile douloureuse, la peau, à ce niveau, est tendue et légèrement rosée. Le malade se plaint de son bras gauche qui ne tarde pas à s'œdématiser. La différence nette de pression artérielle entre les deux membres supérieurs nous incline à penser à une possibilité de thrombose de la veine jugulaire gauche.

On reprend le traitement digitalique pendant trois jours. Les troubles du caractère reparaissent de nouveau. Julien se montre plus maussade que jamais, inquiet de tout, triste, susceptible, se plaignant constamment, n'admettant pas la moindre contradiction. Il accepte difficilement les soins et prétend que tout ce que nous lui donnons au point de vue thérapeutique lui est plutôt défavorable. « *Il vaut mieux en finir tout de suite.* » Lors d'une visite de sa mère il a prié celle-ci de parler plus bas. « *On l'entend* » lui dit-il, et il montre un soupirail grillagé derrière son lit. Son état actuel est loin d'être satisfaisant et malgré le ralentissement et la régularité de son pouls, tout nous porte à croire qu'une nouvelle crise d'asystolie le guette.

En résumé, ce malade atteint de maladie mitrale : insuffisance et rétrécissement, maladie ayant apparu après une chorée ayant duré quatre ans, a présenté au cours de crises successives d'asystolie, des troubles psychiques caractérisés par de la dépression et de l'irritabilité. Ses sentiments affectifs se sont transformés en mal, très susceptible, se plaignant constamment, n'admettant pas la moindre contradiction, la tristesse et la maussaderie paraissent être les traits dominants de son caractère. Alors que ces divers sentiments paraissent exacerbés au cours de crises aiguës, ils subsistent cependant pendant les périodes d'amélioration relative et contrastent nettement, nous dit sa famille, avec le caractère antérieur de Julien.

Notons également l'état confusionnel passager que présentait ce malade à son entrée dans le service et que nous croyons devoir attribuer à un certain degré d'insuffisance hépatique.

Le deuxième malade que nous vous présentons diffère sensiblement au point de vue mental de celui dont nous venons de vous lire l'observation.

Du. François, est âgé de 54 ans. Chaudronnier, il ne travaille plus depuis deux mois en raison de son état physique. C'est un emphysémateux de longue date. Il a eu une broncho-pneumonie à l'âge de 39 ans, une bronchite aiguë avec hémoptysies en 1917, étant mobilisé. Il a travaillé depuis, mais était fréquemment arrêté par une dyspnée intense. En décembre 1924 son état de santé nécessite son entrée à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Pagniez. Il est atteint d'hypertrophie hépatique avec ictère œdème des membres inférieurs. Au point de vue cardiaque il présente des lésions aortiques nettes.

Pendant son séjour de trois semaines à l'hôpital il s'est agité, surtout la nuit, empêchant les malades de dormir, parlant haut, criant même par intervalles. On s'est vu obligé de l'isoler. Il se plaint à son médecin, qui est venu le voir, qu'on l'a brutalisé et manifeste d'une façon impérative son désir d'être soigné chez lui. Ses enfants, cédant à ses prières, le reprennent ; mais l'agitation est allée en croissant. En proie à une agitation extrême, il refuse de rester au lit, veut sortir pour aller se promener et comme sa fille s'y opposait il la pousse pour avoir le champ libre. Ce geste, nous dit sa famille, est contraire à son caractère habituel. Il dort peu, quelques heures grâce à des hypnotiques. Il a des illusions sensorielles, croit apercevoir à sa fenêtre des personnages imaginaires, il manifeste au cours de son excitation psychique des tendances aux idées de grandeur. Mais son irritabilité augmentant il veut défoncer à coups de canne sa porte fermée et ne parvient qu'à casser une suspension derrière lui.

Ses enfants se décident alors à l'envoyer à l'asile clinique où il entre le 14 janvier 1925. A son entrée on constate de l'excitation psychique, un bavardage continu, une légère agitation motrice, des troubles de l'humeur et de l'irritabilité. Toujours insomniaque, il présente de l'onirisme. Au point de vue physique on observe de l'artériosclérose, de l'emphysème pulmonaire, de l'œdème des membres inférieurs, de l'hypertrophie hépatique. Un cal osseux de sa clavicule droite nous renseigne sur une fracture ancienne.

Depuis son entrée dans le service son état physique est

allé en s'améliorant. Les troubles de son caractère ont diminué d'intensité. Il reste cependant toujours excité, bavardant sans cesse, refusant de garder le lit.

Un point qui nous a paru intéressant, quoique n'ayant aucun rapport avec le sujet de cette communication, est la constatation chez ce malade d'une véritable fonte de masses musculaires au niveau des fesses, que nous nous proposons d'étudier par la suite, nous demandant jusqu'à quel point on peut, pour expliquer cette atrophie musculaire, incriminer un traumatisme ancien provoqué par une voiture lourdement chargée, qui aurait serré (?) notre malade contre un mur.

En résumé, ce malade se présente comme un artérioscléreux, emphysémateux, avec des lésions de l'aorte décelables à la radiographie et nettement perceptibles à l'auscultation. A l'occasion d'une crise d'hyposystolie avec hypertrophie hépatique, ictère et œdème des membres inférieurs, il a manifesté des troubles caractérisés par de l'excitation psychique, de l'agitation motrice, de l'insomnie avec onirisme. L'irritabilité extrême de ce malade contraste avec ses traits habituels de caractère et a obligé sa famille d'avoir recours à un internement.

Nous ne voulons pas discuter ici la justification de la dénomination de psychose cardiaque au sujet de ces deux malades.

Ils se présentent respectivement l'un mitral comme déprimé, l'autre aortique en proie à une agitation extrême. C'est là le seul point qui nous semble justifier les théories classiques. L'état confusionnel chez ces deux malades, et l'onirisme chez l'un d'eux, nous paraît déceler une insuffisance hépatique.

Avant d'aborder la constatation des troubles du caractère qui nous paraît le point le plus intéressant de notre communication, parce qu'on a moins insisté à leur sujet que sur les troubles proprement délirants, signalons l'état psychopathique qui a nécessité l'internement. Il s'agit chez le premier malade d'un état de dépression à la vérité fort légitime en raison des troubles graves présentés par le

malade. Au point de vue physique, état de dépression qui, selon la juste expression de M. le Docteur Colin dans son certificat, ressemble au classique « *tædium vitæ* ». C'est cet état dépressif qui explique et justifie les idées et les tentatives de suicide et qui leur enlève du reste leur caractère délirant.

Chez le deuxième malade il s'agit d'un état hypomaniaque net sur lequel nous avons insisté dans l'observation.

Ce qui nous paraît mériter de retenir notre attention, c'est précisément le fait de deux états psychopathiques différents aboutissant à des troubles du caractère comparables. Car le point commun que nous relevons chez ces deux malades, est cet état d'irritabilité morbide. Ils font preuve en effet d'une hypermotivité, se traduisant chez l'un par de l'anxiété, d'une irritabilité les rendant susceptibles, maussades, n'admettant pas la moindre contradiction. Ces troubles plus prononcés au cours des phases aiguës de leur maladie sont essentiellement rémittents et paraissent suivre fidèlement le cours de leur affection cardiaque.

Leur égoïsme exagéré de malades n'obtenant pas satisfaction produit chez eux des idées de persécution secondaires. Ces idées ne nous paraissent pas d'ailleurs avoir un caractère délirant manifeste, elles reposent en effet sur des faits exacts : impossibilité, étant donné leur état, de permettre d'alimenter ces malades, nécessité de les maintenir au lit contre leur gré, etc.. On ne peut pas non plus parler de dépression mélancolique car si l'on constate chez l'un d'eux le dégoût de la vie et les tendances au suicide, nous l'avons déjà dit, l'état physique précaire depuis de longues années, aggravé par des crises successives d'asystolie, nous paraît en partie justifier ce désir chez ce malade, d'en finir avec une vie dont il n'a plus rien à attendre.

DISCUSSION

M. SOLLIER. — A-t-on pris le rythme du pouls chez ces malades ? Les urines présentaient-elles des caractères spéciaux ?

M. CÉNAC. — Le pouls était plus rapide pendant les crises. Nous n'avons rien observé de spécial dans les urines.

M. ROUBINOVITCH. — Dans l'un des cas exposés, il semble bien que les troubles mentaux se sont développés chez un cardiopathe affecté, d'autre part, de microcéphalie.

J'ai eu l'occasion de causer de ces questions avec le D^r Claire. Il observe un grand nombre de cardiopathies. Il croit que la plupart de nos notions classiques sur les rapports des cardiopathies avec les troubles mentaux sont à modifier. Régis admettait, de façon un peu schématique, que les lésions mitrales entraîneraient souvent des états mélancoliques, tandis que les lésions aortiques disposeraient à l'excitation. Pour le docteur Claire, c'est surtout l'état du cerveau qui importe chez les cardiopathes développant des troubles mentaux. Le cerveau peut être prédisposé ; il peut être mal irrigué. Et le D^r Claire considère d'abord les malades qu'il appelle les « persécutés du cœur », ceux qui n'ont pas de lésions cardiaques réelles, mais qui se plaignent de troubles cardiaques par suite de préoccupations hypocondriaques. Ensuite viennent les malades réellement atteints d'« *angor pectoris* », que leur angoisse organique entraîne vers l'anxiété mélancolique. Enfin les asystoliques, de toute origine lésionnelle, qui, si leur insuffisance cardiaque est mal compensée, peuvent développer des troubles mentaux, selon les directions de leur prédisposition personnelle, dès que le cerveau subit les conséquences des irrégularités de la circulation.

Cette question est intéressante. Elle mérite de provoquer de nouvelles études.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je ne veux pas entrer dans la question très complexe des troubles du caractère qu'on peut voir chez les cardiaques comme dans beaucoup d'affections chroniques qui inquiètent par leur danger possible et dépriment par la diminution de l'activité sociale qu'elles déterminent. Me limitant aux psychoses observées chez les cardiaques, j'ai été frappé de la relative rareté de celles-ci.

Dans un rapport (1) déjà ancien présenté avec mon maître Gilbert Ballet au Congrès international de médecine de Lisbonne en 1906 sur les lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique, j'ai étudié le rôle de l'insuffisance cardiaque dans le mécanisme des délires par l'intermédiaire de la résorption des œdèmes et de l'insuffisance hépatique.

« Pierre Merklen et Jean Heitz (2), écrivions-nous, de leur très importante étude des accidents cérébraux, qui surviennent au cours de la résorption de certaines humeurs, concluent qu'un œdème cérébral plus ou moins diffus, plus ou moins persistant, en rapport avec une dilution sanguine trop considérable ou trop prolongée, est la cause probable des accidents nerveux de résorption. L'existence de cette « apoplexie séreuse » n'est d'ailleurs pas une simple hypothèse. Andral (3) a constaté, dans un cas, une telle distension des ventricules latéraux que la sérosité en jaillit avec force et abondance au moment de leur incision. Ce que l'on trouve presque toujours, c'est de l'œdème sous-arachnoïdien, comme chez la plupart des cardiaques et des brightiques qui succombent dans le coma ou dans la torpeur avec respiration de Cheyne-Stokes.

« Il est possible que pour une certaine part la crise cérébrale soit d'origine toxémique... C'est aussi la

(1) Gilbert BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. — XV^e Congrès International de Méd. de Lisbonne, 1906. Sect. VII. Neurol. Psychiatrie. 1^{re} fasc., Thème 6, pp. 154-247 avec 430 indicat. bibl.

(2) Pierre MERKLEN et J. HEITZ. — Des accid. cérébraux qui surviennent au cours de la résorption de cert. œdèmes. *Soc. méd. des hôp.*, 15 janv. 1904.

(3) ANDRAL. — *Cliniques médicales*, 4^e édit., 1840, T. III, p. 161.

pathogénie proposée par Eichhorst (1) pour le délire qui parfois accompagne la résorption des œdèmes chez les vieux cardiaques...

« Kostkewitch (2) a relevé les accidents de résorption (vertiges, somnolence ou insomnie, excitation, hallucinations, délire) chez 10 0/0 environ des cardiaques hydropiques...

« Enfin Deroubaix (3) se demande si l'asystolie ne provoque pas des troubles mentaux par l'insuffisance fonctionnelle du foie qu'elle provoque et à l'appui de sa thèse il décrit les lésions qu'il a observées dans les lobes frontaux d'un cardiaque chronique. Cellules pyramidales, vaisseaux et névroglie étaient altérés. »

Les examens comparatifs des cerveaux et des foies des cardiaques chez qui j'ai observé des accidents délirants m'ont confirmé dans cette dernière idée. Chaque fois que j'ai relevé chez un cardiaque un délire confusional et après la mort des lésions chromatolytiques des cellules corticales j'ai toujours trouvé des signes biologiques et histologiques d'insuffisance hépatique.

M. MARCHAND. — AUX remarques de M. Laignel-Lavastine, j'ajouterai qu'il faut accorder une grande importance à l'œdème cérébral. A l'autopsie de sujets morts à la suite de troubles mentaux en rapport avec une cardiopathie terminée par l'asystolie, j'ai trouvé souvent un œdème cérébral considérable, mais surtout apparent à l'examen histologique.

(1) EICHHORST. — Délires toxiques dans les mal. de cœur. *Deutsche med. Woch.*, 28 juin 1898.

(2) KOSTKEWITCH. — Des phénomènes toxiques qui surviennent pend. le développ. et la résorption des hydropisies cardiaques. *Roussky Vrach.*, 1903, n° 50.

(3) DEROUBAIX. — Action toxique des troubles viscéraux dans la genèse des psychoses. *Soc. méd. ment. de Belgique*, 1904.

Imitation ou Echopraxie ?

Par G. ROBIN

Dans le livre de G. Lafenestre, de l'Institut (*La Légende de saint François d'Assise*), nous assistons à la rencontre de Jean (dit le Simple) avec François.

« Un jour qu'il était entré dans une de ces églises et qu'il s'était mis, humblement à la balayer et à la nettoyer, le bruit de sa présence se répandit vite dans le village. Les bonnes gens le voyaient volontiers et l'écoutaient plus volontiers encore. Il y avait dans son champ, un paysan nommé Jean, d'une admirable simplicité en train de labourer. Dès qu'il sut que François était là, il courut vers lui, et le trouvant dans l'église, occupé à balayer humblement et pieusement, il lui dit : « Frère, donne-moi le balai, je vais t'aider. » Et prenant le balai de ses mains, il acheva le nettoyage. Puis, lorsqu'ils se furent assis ensemble, Jean dit à François : « Frère, il y a longtemps que j'ai le vouloir de servir Dieu, surtout depuis que j'ai entendu parler de toi et de tes frères, mais je ne savais comment aller à toi. Puisqu'il a plu à Dieu que je te voie, je veux faire tout ce qu'il te plaira. » Alors François se réjouissant en Dieu, lui dit : « Frère, si tu veux être de notre société, il faut t'exproprier sans scandale de tout ce que tu peux posséder et le donner aux pauvres selon le conseil du Saint Evangile. C'est ce qu'on fait tous les frères qui l'ont pu ». A ces mots, Jean s'en alla aux champs où il y avait laissé ses bœufs, il les détacha, il amena l'un d'eux à saint François, et lui dit : « Frère, voilà bien des années que je sers mon père et tous ceux de ma maison. Quoique cette part de mon héritage soit bien petite, je veux que tu acceptes ce bœuf et que tu le donnes aux pauvres comme mieux te semblera. » Or, les parents et les frères de Jean, qui étaient aussi de très pauvres gens, voyant qu'il voulait les abandonner, se mirent à se lamenter si fort et pousser si bruyamment de tels cris de douleur, que le bienheureux François

en fut apitoyé. C'était une nombreuse et indigente famille. Et alors François leur dit : « Préparez-nous à manger pour tous, et mangeons tous ensemble. Ne vous tourmentez pas, je vais vous rendre la joie. » Ils apportèrent le repas aussitôt, et tous mangèrent avec beaucoup de gaieté.

« Après le repas, François leur dit : « Votre fils veut servir Dieu, et de cela, vous ne devez pas vous attrister, mais plutôt vous réjouir. Ce sera pour vous, non seulement devant Dieu, mais devant le monde, un grand honneur et un grand profit pour vos âmes et vos corps. Dieu sera honoré dans votre chair, et tous nos frères seront vos fils et vos frères. Comme Jean est une créature de Dieu (et servir Dieu c'est être roi) je ne puis ni ne dois vous le rendre, mais afin que vous soyez consolés, je veux qu'il s'exproprie de ce bœuf pour vous comme pour des pauvres. » Et tous furent consolés aux paroles de saint François, très joyeux qu'on leur rendit le bœuf. »

Puis Jean se met à imiter François dans toutes ses actions et en raison de l'extrême simplicité intellectuelle du disciple, on peut se demander s'il s'agit, à propos des faits qu'on va lire, d'échopraxie ou d'imitation en rapport avec une vive exaltation religieuse.

« Cette sainte et pure simplicité plaisait fort à François dans les autres comme en lui-même. Aussi fit-il prendre, sans tarder, au paysan l'habit religieux et l'emmena comme compagnon. Or, celui-ci était d'une telle candeur, qu'il se croyait tenu de faire tout ce que faisait François. Quand le bienheureux François se tenait en prière, dans quelque église ou ailleurs, Jean le regardait bien afin de se conformer à tous ses mouvements et gestes. Si François pliait les genoux ou levait les mains au ciel, s'il crachait, s'il soupirait, Jean faisait tout de même. Dès que François s'en fut aperçu, il le réprimanda pour toutes ces naïvetés. A quoi l'autre répondit : « Frère, j'ai promis de faire tout ce que tu fais, c'est pourquoi je dois t'imiter en tout », et François s'étonnait et se réjouissait à la fois de voir tant d'innocence et de simplicité. »

DISCUSSION

M. DE CLÉRAMBAULT.

M. DUMAS. — Je crois devoir appeler l'attention de nos collègues sur le caractère suspect de bien des cas rapportés. Tel est celui du voyageur O. Brien à qui son guide avait présenté une femme atteinte d'un mal mystérieux : ce guide faisait semblant de se déshabiller devant elle ; et la femme quittait alors ses vêtements, paraissant le faire malgré elle et injuriant celui qu'elle imitait. Il faut se méfier beaucoup des présentations de ce genre, et l'on peut toujours se demander si après le départ du voyageur, le sujet présenté ne partageait pas le pourboire avec le guide.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Il existe des cas, cependant, où l'imitation ne pouvait rien amener que de désagréable, ou même de très pénible pour l'imitateur. Une telle explication ne saurait en rendre compte.

M. MIGNARD. — Il n'est nullement démontré qu'il s'agisse, dans le fait que rappelle M. Robin, d'un phénomène pathologique. Il importe de distinguer soigneusement, de l'échopraxie et de l'imitation morbides, les imitations normales que l'on peut relever dans certaines conditions psychologiques, sociales ou religieuses. Certains médecins et philosophes du siècle dernier se sont complus dans des confusions aujourd'hui périmées. Ne les renouvelons pas, et ne parons pas de grosses erreurs d'un faux aspect scientifique.

M. TRÉNEL. — Le fait curieux que signale M. Robin est-il bien un cas d'échopraxie ; je serais plutôt tenté de le considérer comme un acte de simple imitation. L'échopraxie est un acte pathologique indépendant de la volonté du sujet et en quelque sorte irrésistible, ici il semble bien y avoir eu seulement imitation volontaire, le moine quelque peu débile, croyant se sanctifier en imitant son père spirituel.

A vrai dire, dans les manifestations religieuses il n'est point exceptionnel d'observer des faits analogues, et peut-être avec tous les degrés entre l'imitation simple et l'échopraxie, mais il nous semble qu'il y a sur-

tout des faits de contagion mentale, et à ce point de vue nous rappellerons des observations d'ordre exotique comme celles que M. de Clérambault a rapportées. Dans les séances de derviches hurleurs on voit la scène suivante se dérouler : les initiés étroitement serrés sur un rang au nombre d'une vingtaine se placent en demi-cercle autour du chef de la confrérie, au milieu d'une nombreuse assistance. Après une prière à mi-voix, ils commencent à se balancer tous en cadence sur place en jetant la tête de côté, alternativement à droite et à gauche, poussant en chœur *crescendo* l'invocation : Allah-ah—Allah-ah, tandis que le chef de la confrérie s'étant levé va successivement saluer chacun d'eux. Cela dure quelques minutes et se répète indéfiniment avec des arrêts assez courts où sont marmottées des prières. Au bout d'un certain temps, le mouvement s'accélère et l'invocation devient un hurlement ; alors tout-à coup, on voit successivement se détacher de la foule un, puis plusieurs assistants qui, se précipitant brusquement au milieu des derviches, suivent leurs mouvements et poussent le même cri avec violence, et la scène se termine par quelques crises hystéro-épileptiques. Telle est la scène qu'avec plusieurs confrères nous avons vue à Bachtchi-Seraï, en Crimée, parmi les Tatares en 1897 à l'époque du Congrès international de Moscou. Ce sont bien là, nous le répétons, des actes de contagion.

Ce n'est pas que nous nions la possibilité de l'échopraxie comme fait d'ordre religieux, d'autant plus qu'on observe des faits du même ordre rentrant dans la série catatonique, pour ne parler, en nous bornant aux religions exotiques, que des attitudes des fakirs. Nous pourrions citer encore des faits tels que l'histoire de Siméon le Stylite.

L'échopraxie est par ailleurs un fait assez peu fréquent. Nous avons eu l'occasion d'en voir un cas assez curieux, mais dont la valeur est discutable, dans le service d'un de nos collègues. Il s'agit d'un débile qui imite tous les gestes d'un autre malade et qui l'obsède à ce point qu'il a fallu l'en séparer. Nous ne faisons

qu'indiquer le fait que nous n'avons vu qu'occasionnellement.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il ne faut pas confondre non plus, comme l'on a tendance à le faire quelquefois, les faits de persévération que l'on observe chez les déments précoces, avec des faits d'imitation.

M. DUMAS. — Chez le dément précoce, il y a plus souvent apparence d'imitation, qu'imitation véritable. D'autre part, on peut penser qu'il y a plus que de l'imitation dans les phénomènes collectifs. Comme l'école de Durkheim l'a bien montré, quelque chose de nouveau intervient : le fait social. Enfin l'échopraxie n'est pas l'imitation ; c'est un phénomène automatique, du reste beaucoup plus rare.

Un cas de mort après injection intra-musculaire de somnifène : pneumonie centrale

Par QUERCY et LANCELOT

M. N..., 65 ans, entre dans le service au cours d'un accès de mélancolie. Il s'est jeté par une fenêtre d'un premier étage et nous arrive, 12 à 15 heures après, avec un volumineux hématome de la fesse gauche, mais debout et sans lésions viscérales apparentes. Il est calme, ne se plaint de rien, mais manifeste des idées funèbres et un vif désir d'être seul. Ne pouvant organiser une surveillance effective du malade, nous procédons, après autorisation écrite de la famille, à une injection intra-musculaire de 10 cc. de somnifène. Une demi-heure après, le malade s'endort paisiblement. Douze heures plus tard, le sommeil persiste mais le malade s'agite un peu quand on le secoue. Vingt-quatre heures après l'injection, il paraît vouloir se réveiller, s'agite un peu, ouvre les yeux, grogne.

A la 36^e heure, il est, non pas endormi, mais dans le coma : la respiration est à 40 (pas de Cheyne-Stokes), le pouls est à 120, régulier ; les pupilles sont contrac-

tées, la face pâle. Une heure après, le malade est mort.

Nous trouvons un volumineux foyer d'hépatisation rouge, droite, centrale et du sommet. Pas de fracture du bassin. Pas de fracture de côte. Pas de fracture de la base, pas de lésions intra-craniennes.

Bref : mort 36 heures après une injection intra-musculaire de 10 cc. de somnifène chez un homme de 65 ans, présentant une pneumonie latente survenue après une tentative de suicide par défénestration au cours d'un accès de mélancolie.

Dambrin et Bernardbeig (Soc. Chir., Toulouse, 19-12 1924) notent que la somnolence barbiturique leur a paru favoriser le développement de lésions pulmonaires. Quant à nous, même après 4 jours consécutifs de sommeil et de somnolence, nous n'avons pas encore observé d'accidents respiratoires, abstraction faite du cas actuel, trop aberrant pour qu'on puisse le porter au passif pur et simple de la méthode.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — M. Quercy a eu raison de publier ce cas de mort consécutif à une injection intramusculaire d'isopropyl barbiturate de diéthylamine ; mais la pneumonie du sommet suffit à expliquer la mort sans qu'on ait besoin d'incriminer l'hypnotique.

Dans ma statistique d'injections intraveineuses d'isopropyl barbiturate de diéthylamine depuis juillet 1924 j'ai aussi un cas de mort ; mais là aussi l'hypnotique ne peut être incriminé. Il s'agissait d'un alcoolique qui, pris de *delirium tremens* fébrile à l'occasion d'une fracture compliquée du fémur droit, fut passé dans mon service d'isolement. En raison de son état, il était impossible de lui sectionner et de lui maintenir sa fracture. J'ordonnai une injection intraveineuse de 8 cc. de barbiturate qui détermina le sommeil, suivi de mort quelques heures plus tard ; mais l'autopsie, faite à l'Institut médico-légal, mit en évidence des délabrements tels de la cuisse qu'ils suffirent à expliquer la terminaison fatale.

M. TRÉNEL. — Que le somnifène ait été ou non la cause déterminante ou occasionnelle de la mort du malade, le cas était intéressant à rapporter tant au point de vue clinique qu'au point de vue professionnel. Il est particulièrement nécessaire de faire connaître les accidents de ce genre et il faut savoir gré à M. Quercy de sa communication. Il peut se présenter journellement des cas analogues. Il est à prévoir telles circonstances où des enquêtes administratives ou judiciaires sont suscitées, à propos desquelles il est de première importance d'être en mesure de citer des précédents scientifiquement constatés.

M. René CHARPENTIER. — Il semble bien que telle ait été l'une des principales intentions des auteurs, dans leur communication.

La séance est levée à 17 h. 30.

Les secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

DÉONTOLOGIE

L'ordre des médecins et le code de déontologie médicale, par le Dr J. OKINCZYK (Conférence faite à la Société des Amis de Laënnec, le 20 octobre 1923. 1 brochure in-8°, 44 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1924).

L'Histoire de cette question d'actualité, et l'exposé des ordres de médecins existant à l'étranger amènent M. Okinczyk à conclure en faveur de la rédaction d'un code de déontologie médicale et de l'institution en France d'ordres de médecins.

Le code de déontologie devrait comprendre les devoirs du médecin envers lui-même, envers les malades, envers ses confrères et envers les collectivités.

L'ordre des médecins est son complément nécessaire et logique. M. Okinczyk est d'avis d'adopter les principes essentiels mis en lumière par le Dr Aversenq. L'ordre doit être *d'ordre public*. Il doit être *obligatoire et original*. Il doit être un *tribunal professionnel à deux juridictions*, la juridiction d'appel restant dans le cadre professionnel.

Un appendice donne le texte du projet d'un ordre des Médecins soumis à l'Assemblée générale des syndicats médicaux de Toulouse le 10 janvier 1923, et le texte du code de déontologie adopté par le Conseil de la Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault dans sa séance du 23 octobre 1920.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE

L'Eubiotique sociale, par le Dr STAN. RUZICKA, professeur d'hygiène et Doyen de l'Université de Bratislava (Tchécoslovaquie). (1 broch. in-8°, 52 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1924).

Examinant, en hygiéniste, le problème de la forme saine d'organisation de la société humaine, M. Stan. Ruzicka

conclut que la vie familiale en connexion étroite avec la nature est l'unique base naturelle possible de toute culture populaire.

L'eubiotique complète l'amélioration de l'espèce humaine réalisée par l'eugénique, en établissant pour l'homme fait, sur des bases scientifiques, un type de vie répondant exactement aux lois physiologiques naturelles du corps et de l'esprit.

Pour l'auteur, les Slaves, qui ont conservé la connexion intime avec la nature, sont appelés à jouer un rôle important dans le processus de l'assainissement des peuples.

René CHARPENTIER.

LABORATOIRE

Diagnostics de laboratoire. Méthodes usuelles appliquées au diagnostic des maladies, par M. le P^r LETULLE et M. P. PRUVOST (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, tome XXVII, fasc. I, 1 vol. in-8°, 730 pages, 168 fig. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1924).

Ce volume de M. Pruvost débute par des considérations générales sur la valeur et la classification des méthodes utiles au diagnostic, et par un clair exposé de la conduite générale à tenir dans l'application de ces méthodes.

Après avoir passé en revue les méthodes de diagnostic non spécifiques qui ont pour but de déceler quelles sont les lésions d'un organe ou quelles anomalies existent dans son fonctionnement (contenu gastrique et duodénal, crachats, épanchements pathologiques des séreuses, exsudats rhinopharyngés, liquide céphalo-rachidien, pus, sang, selles, sperme, urines), l'auteur indique la technique et la marche à suivre dans la recherche d'un agent pathogène et des réactions spécifiques qu'il détermine.

M. Pruvost étudie ensuite les renseignements fournis par les méthodes spécifiques dans chaque cas particulier.

Dans une préface remarquable, M. le Prof. Letulle fait l'histoire des rapports du laboratoire avec la pratique de la Médecine et de la Chirurgie et montre l'étendue des services rendus par l'analyse biologique. Il recommande pour terminer de ne pas demander cependant au laboratoire plus qu'il ne peut donner, et de ne pas oublier que ce sont des mains humaines qui mettent en œuvre les procédés d'ailleurs perfectibles du laboratoire biologique.

Ce volume attendu termine dignement la série des trente-

deux volumes du *Traité*. Il a sa place marquée dans la bibliothèque de tout praticien. La médecine ne peut actuellement se passer du laboratoire et si tout médecin ne peut être un technicien, il doit par contre être en état de prescrire un examen biologique, d'opérer lui-même un prélèvement, d'apprécier un résultat.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Du symptôme à la maladie, par le D^r Félix COSTE, *Préface de M. le Professeur Grasset*. (5^e édition, 1 vol. in-8°, 354 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

Guide élémentaire de Diagnostic clinique, le livre de M. Félix Coste en est à sa 5^e édition. C'est assez dire quel est le succès de ce volume de séméiologie pratique, dans lequel l'auteur s'est proposé de guider le praticien et l'étudiant dans la recherche du diagnostic.

Ainsi que l'écrivait le regretté professeur Grasset dans la préface de la première édition, constater et hiérarchiser les symptômes, en déduire l'état anatomique et fonctionnel des organes ou des appareils altérés, diagnostiquer la maladie qui tient sous sa dépendance ce fonctionnement, cette lésion, ces symptômes, c'est toute la médecine pratique. C'est au moins la première partie de la tâche du médecin, celle dont dépendra le succès de la thérapeutique appliquée.

Dans cette cinquième édition les chapitres consacrés aux arythmies, aux tachycardies, aux brachycardies, aux palpitations, ont été complètement remaniés. De plus, quatre chapitres nouveaux ont été ajoutés. Ils ont pour sujet les accès de fièvre, les albuminuries, les amaigrissements rapides et les métrorragies.

René CHARPENTIER.

Pathologie des Glandes endocrines. Troubles du développement, — fascicule VIII du *Nouveau Traité de Médecine*, sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand VIDAL et P.-J. TEISSIER (1 vol. 456 pages, nombreuses figures. Masson et C^{ie} édit., Paris, 1923).

Dans un chapitre consacré aux *troubles du développement en général*, M. Ph. PAGNIEZ expose successivement le gigantisme, les divers types de nanisme (osseux, myxœdé-

mateux, sénile), l'infantilisme, l'eunuchisme, le sénilisme, l'infantilisme tardif, l'infantilisme réversif et l'inversion des caractères sexuels secondaires, féminisme et virilisme.

M. A. SEZARY passe en revue la pathologie de l'*hypophyse*, le syndrome adipo-génital, les diabètes hypophysaires, les tumeurs de l'hypophyse, la pathologie de la glande pinéale. M. APERT étudie la pathologie de la *glande thyroïde*, thyroïdites et strumites, cancer, tuberculose. et syphilis du corps thyroïde les troubles des *glandes génitales* (testicule et ovaires) et de leurs *annexes* (prostate, mamelle, glande myométriale). M. SOUQUES expose les notions concernant le goître exophtalmique et, en collaboration avec M. FOIX, le myxœdème et l'acromégalie.

La pathologie des *glandes parathyroïdes* est étudiée par M. HARVIER, la pathologie du *thymus*, par M. Louis BORY, la pathologie des *glandes surrénales* par MM. O. JOSUÉ et GODLEWSKI.

MM. Henri CLAUDE et A. BAUDOUIN décrivent, avec une grande réserve, les divers syndromes pluriglandulaires en examinant tour à tour les syndromes pluriglandulaires de la première enfance, ceux de la moyenne et grande enfance, ceux de la période d'évolution pubérale, ceux de l'adulte, et ceux de la période d'involution sénile, en particulier le virilisme génito-surrénal de la ménopause.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE SOCIALE

Médecine sociale, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX (1 vol. in-8°, 773 pages, Paris, 1925, A. Maloine et fils, édit.).

Il faut louer les directeurs de ce *Traité*, dont les trente-deux volumes projetés et parus ont été accueillis avec le succès que l'on sait, d'avoir ajouté à leur collection un 33^e volume non prévu dans le cadre primitif, volume en entier consacré à la *Médecine sociale*. M. Louis Guinon expose dans l'*Introduction* les origines de la médecine sociale, ses mobiles, ses buts, son avenir, sa méthode.

Dans la *première partie*, consacrée à la *médecine sociale préventive*, M. le Professeur Couvelaire étudie l'obstétricie sociale, les bases scientifiques et l'organisation de la *protection médicale et sociale de la maternité*. Il faut citer ensuite les chapitres consacrés à la *protection des enfants*

du premier âge, par MM. Guillon et Guilhaud, à l'hygiène scolaire, par M. Genévrier, à la protection de l'adolescence, exposé des œuvres catholiques, israélites et protestantes par M. l'abbé Lauras, M. Léon Zadoc-Kahn et M. le pasteur Boegner, à la médecine sociale de la vieillesse par M. Dujarric de la Rivière, des travailleurs par MM. Courtois-Suffit et Bourgeois, aux assurances ouvrières par M. Fauquez, à l'organisation hospitalière, aux jardins et abris de l'enfance par M. Fosseyeux.

Une mention spéciale doit être faite ici à deux chapitres qui intéressent plus spécialement les lecteurs des annales : l'un consacré à la *médecine sociale des poisons* par M. Legrain, l'autre à la *prophylaxie mentale*. Dans ce dernier, MM. Toulouse, Génil-Perrin et Targowla exposent la nécessité, le but, le programme, les moyens d'action et les réalisations de la ligue d'hygiène mentale et le fonctionnement du service de prophylaxie mentale organisé et dirigé à l'asile clinique par M. Toulouse.

Dans la *deuxième partie* de cet important volume, M. Louste et Mme Brunschwig passent en revue les *auxiliaires de la médecine sociale*, assistantes sociales, infirmières et infirmières visiteuses, surintendantes d'usines et montrent l'importance de leur recrutement, de leur éducation et de leur concours.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Une page de la clinique de la moelle épinière cervicale, par le professeur VIGGO CHRISTIANSEN (de Copenhague) (24 pages, in *Annales de Médecine*, janvier 1924).

M. le professeur Viggo Christiansen insiste sur l'importance qu'il y a, pour le diagnostic de localisation en hauteur dans la moelle, à fixer de façon aussi précise que possible la distribution périphérique des symptômes de déficit. Malgré le peu de hauteur de la moelle cervicale, on peut déterminer quatre syndromes très nets dont l'auteur rapporte des exemples cliniques. Pour le diagnostic précoce des tumeurs intrarachidiennes opérables, et surtout pour leur localisation, les symptômes de déficit radiculaires ou segmentaires sont d'une importance capitale.

L'auteur signale également l'importance du diagnostic entre certaines tumeurs intrarachidiennes et certaines radiculites en rapport avec des néoformations osseuses d'origine arthritique.

René CHARPENTIER.

Diagnostic et traitement des tumeurs de la fosse postérieure du crâne, par le professeur VIGGO CHRISTIANSEN (de Copenhague). — Conférence faite à la réunion extraordinaire de la Société Oto-Neuro-Oculistique de Strasbourg, le 13 juin 1923..

A l'aide d'exemples cliniques, M. le professeur Viggo Christiansen montre la difficulté de la localisation d'une tumeur dans la fosse postérieure du crâne. Certains symptômes font penser à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (surdité, abolition de la réaction calorique, affection du trijumeau). D'autres indiquent avec non moins de certitude une affection du cervelet (démarche titubante, asynergies cérébelleuses). La paralysie faciale, quand elle est grave, se rencontre de préférence dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

En ce qui concerne la technique opératoire, l'auteur donne ses préférences non   la méthode translabyrinthique, mais à l'opération transcranienne indiquée par Fedor Krause, perfectionnée par Th. de Martel et Cushing, au moins dans tous les cas où n'existe pas une paralysie dégénérative du nerf facial.

René CHARPENTIER.

NEUROPSYCHIATRIE

Association Pithiato-organique. Origine, nature, portée clinique de l'élément pithiatique surajouté aux différents syndromes organiques, principalement du système nerveux et la méthode d'observation objective du symptocomplexe pithiato-organique, par le D  P.-I. YAKOVLEF (125 pages, Thèse Paris 1925, Presses Universitaires de France).

Au début de ce travail inspiré par l'enseignement de M. Babinski sur le rôle du facteur psychique en clinique neurologique, M. Yakovlef note l'analogie de la méthode d'observation clinique de M. Babinski et des principes d'expérimentation de M. Pavlof, de Pétrograd, pour l'étude des réflexes dits conditionnels.

L'association de l'élément pithiatique à une affection organique est due à l'auto-suggestion (intérêt personnel du malade le plus souvent) ou à l'hétéro-suggestion (mauvaise méthode d'observation, influence de l'entourage). C'est un phénomène clinique banal, d'observation courante et qui n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie mentale.

Dans certains cas cependant l'élément pithiatique de cette association peut être considérable, indiquer un état mental hypersuggestionnable (accidentellement ou constitutionnellement) ou même traduire l'hypersuggestibilité en rapport avec des troubles mentaux graves (hébétéphrénie au début, débilité mentale accentuée, etc.).

Enfin, on peut observer des associations pithiato-organiques *par coïncidence* sans qu'il y ait aucun rapport de cause à effet entre les deux éléments, ou *par dépendance*, l'élément pithiatique n'étant alors qu'une manifestation secondaire de l'affection organique.

M. Yakovlef passe également en revue les éléments qui tiennent à la mentalité plus ou moins suggestionnable du malade, aux modifications du caractère qu'entraînent certaines affections organiques du système nerveux. Il signale que l'état prémortel ne s'accompagne pas de manifestations pithiatiques, et que l'épilepsie grave y est, dans une certaine mesure, réfractaire. Enfin il rappelle les phénomènes *para* ou *pseudo-pithiatiques*, les *phénomènes paradoxaux* du syndrome postencéphalitique.

Etant donné l'importance et la fréquence de l'association de l'élément pithiatique aux différents syndromes organiques, il est indispensable d'observer pour l'examen clinique les principes généraux indiqués par M. Babinski et ses élèves et que rappelle M. Jakovlef en insistant sur les avantages cliniques et thérapeutiques de l'épreuve du pithiatisme (électrisation avec persuasion), épreuve sans inconvénients et qui, lorsqu'elle est positive, constitue un critère absolu. De nombreux exemples cliniques émaillent cet exposé, très intéressant et très complet, de l'interprétation actuelle de ce qu'on appelait naguère les associations hystéro-organiques.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

La Psychiatrie en clientèle, par M. René CHARON. (1 vol. in-8°, 152 pages, in *Bibl. des Praticiens*. A. Maloine et fils édit., Paris 1924).

Ce livre est un résumé des conférences faites par l'auteur à l'Ecole de Médecine d'Amiens. Il a pour but de constituer, à l'usage des praticiens et des étudiants, un guide de pratique psychiatrique simple, clair, bref, précédé d'un lexique donnant quelques définitions indispensables à la lecture de l'ouvrage.

Après des notions générales, l'auteur passe en revue les

maladies psychiques (syndromes qualitatifs) et les infirmités psychiques (syndromes quantitatifs). Il termine par l'exposé de notions de psychologie médico-sociale (législation, assistance, médecine légale, défense sociale, prophylaxie sociale, hygiène mentale et pratique médicale) indispensables à la pratique médicale.

René CHARPENTIER.

La constitution paranoïaque, par M. MONTASSUT (Thèse de Paris, 1924).

En donnant une monographie détaillée de la constitution paranoïaque, Montassut apporte une contribution heureuse à l'étude des états psychopathiques constitutionnels.

Une revue critique très documentée signale les conceptions nosographiques anciennes et conclut à l'assimilation parfaite du délire d'interprétation Sérieux-Capgras à la paranoïa de Kraepelin, de Tanzi et Riva. Celle-ci expurgée des états aigus et hallucinatoires, apparaît comme une psychose systématisée, chronique, constitutionnelle, sans affaiblissement psychique terminal.

Tout en reconnaissant que les constitutions ne représentent pas toujours des entités cliniques objectivement distinctes, l'auteur rappelle les diverses tendances morbides qui traduisent les formes de déséquilibre mental. Il assigne à la constitution paranoïaque des éléments spécifiques cardinaux : l'augmentation et la perversion du sens de la personnalité (orgueil, autophilie, égocentrisme), la méfiance et la susceptibilité morbides, la fausseté du jugement (apriorisme, subjectivisme morbide, fausses interprétations, paralogique circonscrite) et l'inadaptabilité. A côté de ces signes, il décrit une série d'éléments accessoires mais fréquemment associés : prosélytisme et altruisme morbides, fanatisme, autodidactisme, amour pathologique de la nature, etc. Les modalités cliniques superposables à celles des folies raisonnantes sont passées rapidement en revue. Le petit paranoïaque, — type non délirant, atténué quoique foncièrement antisocial, — fait l'objet d'une étude riche en opinions originales et personnelles.

La constitution paranoïaque relèverait d'une perversion des tendances égo-sympathiques qui se traduiraient par un état passionnel chronique de la personnalité susceptible d'exacerbation émotionnelle et par une rigidité mentale irréductible.

L'auteur pense que le diagnostic doit être porté lorsque les éléments de la série paranoïaque sont prédominants, mais qu'il convient de signaler les caractères empruntés aux constitutions voisines. Elles ne doivent pas être enfermées dans des cloisons étanches et la généralisation de la conception des associations psychopathologiques permettrait de mieux caractériser les syndromes complexes, en mettant en valeur les tendances déchainantes (émotive, cyclothymique).

Le dernier chapitre est consacré à la thérapeutique médico-sociale, aux modalités de l'expertise et à la nécessité de mesures administratives rigoureuses.

P. CARRETTE.

La paralysie générale des vieillards, par P. CARRETTE (Thèse de Paris, 1923).

La maladie de Bayle n'est pas rare chez les individus âgés et dans bien des cas elle ne diffère pas de la forme décrite chez l'adulte. Elle devient cependant exceptionnelle après 70 ans. On l'a vue dans certains cas apparaître plus de 40 ans après l'accident syphilitique initial. Quand elle survient chez des individus déjà atteints d'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles ou d'artério-sclérose cérébrale, son début peut être masqué par les troubles mentaux et physiques antérieurement constatés, aussi est-elle restée longtemps méconnue ou discutée par les auteurs anciens. Elle réalise alors la paralysie générale sénile d'abord isolée par Alzheimer en 1901, puis surtout décrite par Marchand (1903) et par Trénel (1910-1911). L'évolution est rapide ; les ictus sont fréquents et laissent après eux des signes durables qui rendent particulièrement délicat le diagnostic avec la démence à lésions circonscrites ; on note souvent de la paraphasie, de l'agnosie, des paralysies comme dans les méningo-encéphalites atypiques décrites par Lissauer ; les troubles de la mémoire sont très marqués ; la conscience partielle de l'état morbide persiste fréquemment ; le délire est rare ; la dysarthrie n'est pas caractéristique.

L'élément capital du diagnostic est constitué par la formule humorale que l'on trouve constamment positive.

L'auteur établit ses conclusions sur plus de 25 observations inédites de paralytiques généraux âgés de 60 ans au moins et pour lesquels le diagnostic a pu être vérifié, dans les cas qui paraissaient douteux, par l'étude des altérations

histologiques. Les désordres anatomiques sont ceux de la paralysie générale auxquels se surajoutent souvent des lésions relevant de l'athéromasie cérébrale : dégénérescence des petits vaisseaux, lacunes de désintégration, foyers de ramollissement.

Chez les vieillards tabétiques et déments, le diagnostic est plus difficile encore, car on ne peut pas tenir compte des troubles pupillaires communs au tabes et à la paralysie générale ; cette dernière affection pourra cependant être reconnue par une étude suivie des modalités du syndrome humoral, en particulier au moment des ictus ou des poussées évolutives.

M. MONTASSUT.

Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale, par G. VILLEY-DESMESERETS (Thèse de Paris, 1924).

L'auteur a limité son exposé aux théories psycho-pathologiques récentes. Après avoir dégagé de chacune d'elles les idées directrices, il reconstitue une pathologie générale des troubles mentaux considérés au point de vue spécial de chacune de ces théories et l'explication qu'elles donnent de l'étiologie, de la pathogénie, de la symptomatologie des diverses psychoses et névroses ; il passe ainsi en revue Freud et la psychanalyse, Bleuler et la schizophrénie, Janet et la psychasthénie, Blondel et la conscience morbide, enfin Albert Deschamps et sa conception des symptômes dominateurs considérés en tant que troubles des fonctions énergétique et psychique.

La partie originale du travail consiste dans une représentation objective personnelle de ces diverses théories, valable pour toutes, dans laquelle la notion d'influx nerveux parcourant une cellule et déterminant des réactions psychomotrices, remplace les conceptions anciennes de molécules régies par des forces antagonistes figurant la théorie de Freud dans l'interprétation qu'en donnent Régis et Hesnard, de masse solide où l'on distingue le noyau central et la zone périphérique comme dans la théorie de Bleuler interprétée par Minkowski.

Villey-Desmésereets s'abstient de toute critique sur le fond même des doctrines qu'il a étudiées ; il estime, d'une manière tout à fait générale, que les bases communes de ces théories donnent lieu à une critique d'ensemble qui tire, selon lui, sa force de la multiplicité même de ces

théories et de l'impossibilité de les vérifier expérimentalement. La psychiatrie, ajoute M. Villey-Desmésereux, comporte trois modes d'activités : psychologique, clinique, biologique, qui, loin de s'exclure réciproquement, sont dans un état d'interdépendance.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Essais thérapeutiques, par l'inoculation de la fièvre tierce, de cas de paralysie générale, de syndromes parkinsoniens et de démence précoce, par E. AGUGLIA et D'ABUNDO (Rivista di Psichiatria).

Les auteurs exposent les diverses modalités de technique et les résultats obtenus par l'inoculation de la fièvre tierce, dans des cas de paralysie générale ; ils indiquent comment ils ont été amenés à étendre ce traitement à d'autres formes morbides de la pathologie nerveuse et mentale.

Dans la paralysie générale, ils adoptent la méthode de Wagner von Jauregg. Chez deux malades femmes, ils furent obligés de juguler prématurément les accès en raison d'altérations bulbaires ?? Chez deux autres malades — hommes — de 41 et 60 ans, ils provoquent 15 accès fébriles et observent une action sédative et une diminution notable du désordre dans les idées, disparition des idées de grandeur. Dans un cas dans lequel il y avait une déficience motrice des membres inférieurs, il se produisit une amélioration rapide. Ils espèrent voir confirmer par le temps ces résultats heureux. Ils insistent sur la nécessité de surveiller de très près les malades inoculés, en raison des phénomènes qui mettent la vie de ces malades en danger, — allusion aux deux cas où ils ont été obligés de juguler les accès.

Ils recommandent d'instituer d'une façon précise le traitement.

Encouragés par les résultats obtenus, ils furent amenés à étendre cette médication à trois cas de syndrome parkinsonien post-encéphalitique, en observant la même technique.

Premier cas. — Jeune homme de 22 ans : rigidité accentuée et tremblement si marqué qu'il empêche le malade de s'alimenter de lui-même. Résultat obtenu : diminution de la rigidité, atténuation du tremblement, le malade peut s'alimenter seul.

Second cas. — Jeune fille de 24 ans : tremblement du côté gauche, légère ébauche de tremblement du membre supérieur droit, attitude parkinsonienne classique. Résultat obtenu : la malade se meut avec moins de lenteur ; elle peut se peigner seule, ce qu'elle n'avait pu faire depuis deux ans.

Troisième cas. — Rigidité si accentuée que le malade paraît immobilisé en contracture : phénomènes très intenses de dysphagie. Résultat obtenu : Le malade absorbe sans difficultés les aliments liquides et solides. La rigidité est plus facilement réductible et les tentatives pour vaincre cette rigidité se font sans douleurs.

Les auteurs ont inoculé également du « plasmodium vivax » à quatre épileptiques de type principalement clonique, deux hommes et deux femmes. Ces malades présentaient des crises fréquentes, plusieurs par jour. Pendant les accès fébriles on n'observe ni crises ni équivalents, malgré la suppression des bromures, du luminal et de toute médication anti-convulsive. La fièvre ayant été jugulée, ces malades n'ont pas présenté de crises convulsives depuis trois mois, malgré l'absence de toute médication anti-convulsive.

Les déments précoces qu'ils ont traités étaient des sujets catatoniques. Les expérimentations sur ces malades sont actuellement en cours.

Les auteurs exposent les théories de Wagner von Jauregg sur l'action du paludisme et de l'hyperthermie ainsi que les expériences de Weichbrodt et de Jahnel. Ils étendent l'action stérilisante de l'hyperthermie aux syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, ils supposent que l'agent pathogène, encore inconnu, présente des caractères biologiques identiques à ceux du tréponème.

Ils préconisent l'usage de la cocaïne chez les déments précoces catatoniques pour vaincre cet état.

Ils estiment prématuré d'attribuer à l'agent thermique ou à l'hyperthermie l'action favorable.

Ils rappellent qu'au Congrès de Movara l'action modératrice des infections au cours des affections mentales a été discutée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 19 Janvier 1925

Présidence : M. le D^r LAIGNEL-LAVASTINE

Une persécutée hypocondriaque (Service du D^r H. COLIN, Admission). — MM. Vidacovitch et P. Carrette présentent une femme de 39 ans, obsédée hypocondriaque, malade depuis 5 ans ; loquace quand il s'agit de détailler son mauvais état de sang, elle est, au contraire, très réticente au sujet de certaines bouffées d'agitation anxieuse, d'une durée de quelques jours, qui ont apparu dès le début de la psychose et se sont répétées à plusieurs mois d'intervalles. Au cours de ces accès, elle paraît avoir présenté des hallucinations auditives, des craintes d'empoisonnement ; des réactions hostiles contre l'entourage ont motivé l'internement. Le refus partiel de recevoir des soins, la soliloquie, des rires inexplicables ajoutés aux symptômes précédents permettent de conclure que cette hypocondriaque est, très vraisemblablement, une persécutée dont le délire évolue depuis longtemps.

Un ménage de P. G. — MM. Marie et Bernadou présentent, à peu de distance d'une autre communication sur un cas identique, un couple de P. G. (mari et femme). Ils soutiennent ainsi que les observations de ce genre sont moins fréquentes qu'on ne croit communément, en dépit des nombreuses difficultés qui s'attachent à l'enquête et à la recherche des P. G. familiales, difficultés pour réunir les deux observations de chaque cas, car les deux maladies peuvent éclater à de longues années l'une de l'autre ; difficultés pour établir de façon irréfutable le diagnostic de P. G. qu'on distingue classiquement de la syphilis mentale. Les maladies peuvent être interrompues par un ictus mortel. Elles peuvent revêtir des formes un peu anormales pour lesquelles l'examen anatomo-pathologique serait fort utile, examen qu'on fait rarement. Enfin, on cache souvent au médecin les antécédents collatéraux.

A propos de ces difficultés les auteurs présentent un

autre double cas. Le mari, russe, est mort à l'asile avec un Wasserman positif. La femme nettement syphilitique présente une psychopathie mal définie qui peut faire redouter les troubles précurseurs de la P. G. Il aurait fallu voir évoluer les deux maladies, ce qui est matériellement impossible.

En tous les cas, il y aurait dans ces deux cas, des arguments en faveur du neurotropisme de la syphilis.

Sur une série de cas de hoquet épidémique à l'Asile de Villejuif, M. TRÉNEL. — On a observé, simultanément, en l'espace de quinze jours 6 cas dans le personnel et 2 cas chez les malades vraisemblablement d'importation par une famille d'infirmiers et en l'absence de toute encéphalite léthargique actuelle. Les cas ont été absolument bénins. T. tend néanmoins, en passant en revue les coïncidences maintes fois observées par divers auteurs depuis la communication initiale de Dufour, à considérer le hoquet comme d'origine encéphalitique (encéphalite monosymptomatique de Sicard).

Arachnitis ossifiante bulbaire, M. TRÉNEL. — T. a observé dans un cas personnel, auquel s'ajoute un cas de Legrain, la présence d'une plaquette osseuse de la dimension d'une pièce d'un franc dans l'arachnoïde de la face antérieure du bulbe. C'est une localisation inaccoutumée de l'arachnitis ossifiante (Schmaus) ou calcaire (Cornil) connue depuis Olivier d'Angers et Cruveillier, mais surtout décrite par Virchow et Vulpian. Ces plaquettes siègent généralement dans les régions inférieures de la moelle. Elles ne donnent lieu à aucun symptôme important suivant Virchow, à des phénomènes douloureux suivant Vulpian. On peut supposer que dans certaines circonstances elles pourraient prêter à de fausses interprétations, si elles apparaissaient sur des radiographies, surtout dans les cas, rares d'ailleurs, où elles sont abondantes.

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1926

Prix AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : Les états anxieux.

Prix CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des Asiles d'Aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1925, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique (1, rue Cabanis, Paris, 14^e). Les mémoires, manuscrits, devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le poste de Directeur Médecin de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est actuellement vacant.

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article 1^{er}. — Les internes des asiles de France candidats au prix Christian, devront :

- 1^o Être de nationalité française ;
- 2^o Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du Médecin-chef du service où ils sont internés ;
- 3^o Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Article 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au Trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Article 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Article 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le traitement des Médecins des Asiles

Au moment où la question du relèvement du traitement des médecins des asiles va entrer dans la voie des réalisations pratiques, il nous paraît intéressant de reproduire les deux documents ci-dessous qui concernent les médecins de sanatoriums et les médecins inspecteurs d'hygiène. On remarquera que les avantages en nature pour les premiers, les frais de déplacement pour les seconds, ont fait l'objet de la sollicitude du Ministre.

On ne saurait oublier, d'autre part, que les médecins des asiles sont sélectionnés par voie de concours (concours d'externat, concours de médecins des asiles publics), si bien qu'en général, ils ont au moins trente ans avant d'entrer dans la carrière.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Le Président de la République française,

Vu l'article 58 de la loi de finances du 29 juin 1918 ;

Vu la loi du 7 septembre 1919, instituant des sanatoriums publics ;

Vu le décret du 10 août 1920, notamment l'article 30,

Décète :

ARTICLE 1^{er}. — Dans les sanatoriums publics comprenant un nombre de lits de malades supérieur à 100, le médecin directeur sera assisté d'un ou plusieurs médecins-adjoints, dans la proportion établie à l'article suivant. Exceptionnellement, ce chiffre de 100 pourra être abaissé à 70 par décision du ministre de l'hygiène, sur demande du médecin directeur et proposition du préfet.

ART. 2. — Le nombre des médecins adjoints est fixé ainsi qu'il suit :

1 médecin adjoint pour les sanatoriums ayant de 101 à 150 lits ou de 71 à 150 lits (dans le cas prévu au 2^e alinéa de l'article précédent) ;

1 médecin adjoint par 100 lits de malades ou fraction de 100 (supérieure à 50) en sus de 150 ;

Exceptionnellement, cette proportion pourra être augmentée, sur décision du ministre de l'hygiène, pour les établissements spécialisés en vue du traitement des malades atteints de tuberculoses chirurgicales ou nécessitant des interventions ou des soins spéciaux.

ART. 3. — Les classes et traitements des médecins directeurs sont fixés ainsi qu'il suit :

1 ^{re} classe	16.000 fr.
2 ^e classe	15.000 »
3 ^e classe	14.000 »
4 ^e classe	13.000 »
5 ^e classe	12.000 »

Les classes et traitements des médecins adjoints sont fixés ainsi qu'il suit :

1 ^{re} classe	11.000 fr.
2 ^e classe	10.000 »
3 ^e classe	9.000 »
4 ^e classe	8.000 »

Les traitements seront payés sur le budget de l'établissement.

ART. 4. — En cas de maladie dûment constatée, les médecins des sanatoriums peuvent être autorisés à conserver l'intégralité de leur traitement pendant un temps qui ne peut excéder trois mois. Pendant les trois mois suivants, ils peuvent obtenir un congé avec la retenue de la moitié au moins et des deux tiers au plus de leur traitement.

A l'expiration du semestre, si l'intéressé n'a pas repris ses fonctions, il pourra être mis en disponibilité sans traitement, sur avis conforme de la commission prévue à l'article 28 du décret du 10 août 1920. Sa réintégration ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement des mêmes formalités et dans la limite des emplois disponibles.

ART. 5. — Les médecins des sanatoriums publics bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Ils ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux et au prix de revient, pour eux et leur famille, le ravitaillement ordinaire de l'établissement.

Au cas où le sanatorium ne disposerait pas de logements suffisants pour les médecins, il leur sera alloué une indemnité représentative, dont le chiffre sera fixé par le préfet après avis de la commission de surveillance ou sur proposition de la commission administrative, sans qu'il puisse dépasser le huitième du traitement.

ART. 6. — Aucune indemnité, aucun avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, autres que ceux prévus au présent décret ne pourra être attribué aux médecins des sanatoriums sur les fonds de l'Etat ou des établissements publics de l'Etat recevant des subventions du budget général, que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

ART. 7. — Les médecins des sanatoriums publics pourront

être admis à se constituer une pension dans les conditions régulièrement prévues pour le personnel employé par la collectivité locale ou l'établissement public qui assure la gestion du sanatorium auquel ils sont attachés. Cette admission sera prononcée par le représentant de la collectivité ou de l'établissement public intéressé, après avis de l'assemblée locale s'il y a lieu.

Les conditions suivant lesquelles une pension de retraite devra être constituée au profit des médecins qui ne pourront être affiliés à un régime particulier, ainsi qu'il est ci-dessus prévu, et notamment des médecins attachés aux sanatoriums directement gérés par l'Etat, seront déterminées conformément aux dispositions de l'article 10, paragraphes 3 et 4, de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières, par un décret contresigné par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le ministre du travail et le ministre des finances.

ART. 8. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le ministre du travail et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Rambouillet, le 29 septembre 1922.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

*Le ministre de l'hygiène, de l'assistance
et de la prévoyance sociales,*
Paul STRAUSS.

Le ministre du travail,
Albert PEYRONNET.

Le ministre des finances,
Ch. DE LASTEYRIE.

Journal officiel, 11 octobre 1922, p. 10117.

L'INSPECTION DÉPARTEMENTALE D'HYGIÈNE

A la date du 18 août 1924, M. le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a adressé aux Préfets un règlement-type concernant l'inspection départementale de l'assistance et celle de l'hygiène (*Journal officiel* du 28 août 1924, p. 7970), les instructions en étant inspirées par un rapport de M. Gadaud, député, rapporteur à la Chambre du projet de loi portant modification de la loi du 15 février 1902. Ce rapport comprend les chapitres suivants :

I. Attributions de l'inspecteur de l'Assistance publique.

II. Fonctions des médecins-inspecteurs départementaux d'hygiène. Un sous-chapitre « Personnel » mérite de retenir l'attention ; il est ainsi conçu : « Il est *désirable* que « lors de vacances de postes anciens ou de création de postes « nouveaux, les médecins-inspecteurs départementaux d'hygiène soient désignés par concours sur titres entre médecins hygiénistes occupant des fonctions analogues dans « d'autres départements ; puis à défaut de candidats de cet « ordre, par concours sur épreuve, ouverts à tous les médecins. Mon administration devra être informée en conséquence de toute vacance ou création de poste. Aussi estimerez-vous utile de ne présenter de propositions au « Conseil général qu'après mon assentiment.

« Il importe aussi que les médecins-inspecteurs départementaux d'hygiène soient des médecins spécialisés donnant tout leur temps à leurs fonctions, et, par conséquent, il y a lieu de leur assurer une rémunération suffisante *qui ne doit pas être inférieure à 18.000 francs comme traitement de début*. En effet, par suite de leur spécialisation et afin de ne pas entrer en concurrence directe ou indirecte avec les médecins praticiens dont ils « doivent être les conseillers techniques en matière d'hygiène, ils ne doivent en aucune façon faire de la clientèle... » A ces avantages, s'ajouteraient des frais de déplacement. « ...Il est indispensable que le médecin-inspecteur d'hygiène ait les moyens de se déplacer, soit par chemin « de fer, soit de préférence en automobile. Une modalité « excellente, adoptée dans un certain nombre de départements, consiste dans l'allocation de frais de déplacement « calculés à des taux kilométriques différents par chemin « de fer et par automobile de façon à ce que l'inspecteur « départemental puisse, suivant le cas, utiliser le chemin « de fer ou une automobile lui appartenant, pour ses déplacements de service...

« ...Vous n'ignorez pas, d'autre part, combien il est utile « que les inspecteurs d'hygiène puissent assister aux principaux congrès intéressant la santé publique, et particulièrement au congrès d'hygiène qui se tient chaque année à l'Institut Pasteur. Il y aurait intérêt à ce que des « crédits spéciaux fussent prévus à cet effet... »

Il semble superflu d'entrer dans de longues digressions pour comparer la situation ci-dessus à celle des médecins d'asile dont les responsabilités sont tout autres et desquels on exige, par un concours sévère, des connaissances médicales d'ordre général et d'ordre très spécial et des connaissances administratives beaucoup plus étendues que pour les

fonctionnaires ci-dessus, fonctionnaires dont le recrutement, il faut le faire remarquer, n'est d'ailleurs nullement rendu obligatoire par la loi du 15 février 1902. De plus, le chiffre de 18.000 francs, généreusement proposé comme traitement de début, s'entend à une époque où celui de nos collègues est de 7.800, avec un maximum de 16.000. Il reste entendu, objectera-t-on, que le médecin d'asile jouit des avantages du logement ; mais ces derniers, en réalité, ne sont que la compensation de l'imposition d'une présence constante dans l'établissement, avec des buts et des fins bien définis, dans l'unique intérêt de l'administration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 27 janvier, l'Académie a élu membre titulaire de la Section de chirurgie et accouchements par 59 voix sur 78 suffrages exprimés, M. le Professeur agrégé Maucclair, chirurgien des Hôpitaux, chirurgien des asiles de la Seine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris vient de procéder à l'élection du successeur de M. le Professeur Letulle à la chaire d'Anatomie Pathologique.

C'est M. le Professeur agrégé Roussy qui a obtenu la grande majorité des suffrages.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

INTERNAT DES ASILES

Un concours pour six places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés, près la Préfecture de Police et du Service libre de Prophylaxie mentale, s'ouvrira à Paris le lundi 30 mars 1925. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service du Département), 2^e Bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du 2 au 14 mars 1925.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendront pas.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Casus Belli



Dans une toute récente chronique des *Annales*, M. Capgras, rapportant plusieurs anecdotes au sujet des « histoires » d'asile, en résumait excellemment la psychologie : « explosion de vanité, prurit de jalousie, soif de domination, mesquineries, fourberies... ». Et c'est ce qu'on retrouve en définitive au fond de toutes les « histoires », devenues un beau jour « affaires » en se répandant au dehors. Si de récents incidents apparaissent comme une des conséquences de la suppression de l'ancien *adjuvat*, on doit du moins se plaire à reconnaître qu'ils ne résultèrent pas de ce qu'avaient annoncé quelques mauvais prophètes, bien au contraire : on a voulu parfois, selon les termes attribués à l'un d'eux, prince déchu, en un *factum* postérieur à cette sup-

pression, « relever le médecin-directeur de la situation humiliée qui lui est faite, restaurer son prestige amoindri... »

Tout cela, malheureusement, au détriment du service et des malades, de la concorde qui devrait régner au sein d'une corporation aussi restreinte, de nos intérêts à tous. Par contre et fort heureusement, l'origine profonde de ces « affaires » les a groupées de telle façon qu'elle a, d'une part, permis à notre association amicale de sentir mieux l'un de ses caractères, celui d'un syndicat de défense professionnelle, et, d'autre part, posé sous son vrai jour la question des solutions à intervenir, en appelant à en décider la seule autorité qui ait réglementairement à le faire, celle du pouvoir central. Aussi, grâce à l'intervention indépendante et active de notre comité, grâce à la fermeté de décision des fonctionnaires compétents du Ministère de l'Hygiène, des solutions équitables sont partout intervenues. On peut espérer ainsi la fin d'une période pénible, d'autant que les centres de discorde sont rares, et disparaissent progressivement.

J'ai qualifié d'heureux ce retour à l'intervention directe de l'autorité ministérielle. Sans doute, n'en paraîtra-t-il pas de même à quelques anciens maîtres de l'heure qui, à la faveur du calme, établissaient une décentralisation tout à leur profit, se créant, selon l'expression même du *factum* précité, « une situation locale et personnelle très forte »...

L'exercice direct de la dite autorité, seule placée au-dessus des contingences locales, n'est pas seulement équitable, il est régulier. Et c'est la notion que je voudrais voir se dégager des quelques commen-

taires dont je ferai suivre l'aperçu des incidents récents les plus connus.



Dans un établissement encore *en cours d'organisation*, l'*unique* médecin-chef meurt, unanimement regretté. Le directeur administratif propose, dit-on, la suppression du poste médical. Voilà qui peut paraître surprenant. Sans aller à la recherche d'arguments multiples, ne croit-on pas que la simple lecture de ce document fondamental qu'est la loi de 1838 eût pu lui faire se poser cette question élémentaire : qui donc délivrera les certificats exigés ?..

Dans un asile comprenant trois services médicaux, un collègue obtient sa mutation. Il abandonne de chers intérêts familiaux pour occuper un poste plus calme. Que fait, dit-on, le médecin-directeur amputé ? Tout simplement, il prend l'initiative de suggérer au Ministre la suppression du poste; et, conseiller technique improvisé, ne craint pas de généraliser sa suggestion pour l'ensemble du territoire de la République. Le voilà tout désigné comme délégué à la Société des Nations quand s'y poseront les questions d'assistance psychiatrique.

Malheureusement, le dossier est incomplet : il y manque l'avis du médecin-chef à qui l'on donnera un surcroît de besogne, avis obligatoire pour de moindres changements dans « l'organisation des services » et qui, dans l'espèce, aurait été préjudiciable à la thèse présentée. Fort heureusement une nomination intervient, juste à point pour mettre au courant le collègue à qui l'on destinait en cachette une part de la succession.

D'aucuns sont moins prompts à se mettre en avant. Aussi voit-on çà et là agiter l'épouvantail classique : l'intervention du conseil général.

Je retrouve une coupure du « *Matin* » du 6 juin 1922 : Il y est question d'un asile aux « vastes proportions » qui vient de recevoir, pour améliorer sa situation budgétaire, « quelques centaines » (*sic*) de malades de la Seine. Le « médecin n° 2 » (*sic*) appelé à un autre poste et devant être automatiquement remplacé, le conseil général « protesta contre l'affectation d'un second médecin. Il menaça de refuser le paiement de cet *auxiliaire*... ». Soulignons bien qu'il ne s'agit pas d'un poste créé.

Bref, « l'auxiliaire » est représenté aujourd'hui par une aimable collègue ; l'ordre règne à Varsovie.

C'est enfin le gros scandale de la saison. A vouloir remplir trop consciencieusement le rôle pour lequel il est rétribué, un collègue s'attire des inimitiés. Engrenée, l'affaire se complique. Et l'on veut qu'un vote du conseil général supprime tout précisément le poste qu'il occupe en *décidant* qu'il n'y aura plus à X... de « médecin des *hommes* ». Jadis, les membres de je ne sais plus quel Concile discutaient gravement la question de savoir si les femmes possédaient une âme. Dans la brumeuse région dont il s'agit, le conseil général voudrait-il résoudre, pour le sexe fort, la question par la négative ?

L'emploi de tels moyens détournés démontrerait, s'il en était besoin, qu'aucun grief n'a pu être relevé contre la victime éventuelle. Sans quoi, on peut être sûr que ce grief n'eût pas été omis. Malgré son mauvais « déguisement », ou plutôt grâce à lui, la « sanction » se reconnaissait, et la question de

compétence dans l'application des sanctions mise sur son véritable terrain, l'affaire tournait finalement à la confusion de ses organisateurs.



Il est facile à qui a coutume d'aborder les conseillers généraux de leur présenter les suggestions aussi spécieuses que classiques : « le département est propriétaire de son asile ; il y fait ce qu'il veut... le conseil général est le maître chez lui... les dépenses du service des aliénés ne sont pas obligatoires... les conseillers généraux tiennent les cordons de la bourse... etc. ». On a cru pouvoir découvrir, ici ou là, dans de telles suggestions, l'origine mal dissimulée d'une résistance aux indications de l'administration centrale. Mais passons.

Le caractère non-obligatoire de la dépense reste une formule-épouvantail. Qui pourrait citer l'exemple d'une assemblée départementale ayant refusé le vote d'un budget d'asile ? Et peut-on tirer argument du fait que l'obligation n'est pas inscrite expressément dans les lois de 1866 et 1871 ? Cette obligation n'est-elle pas catégorique pour les communes ? L'article 136 de la Loi municipale de 1884 désigne en effet comme obligatoire « le *contingent* assigné à la commune conformément aux lois »... ; et l'article 28 de la Loi de 1838 n'a jamais été, que je sache, abrogé. Enfin l'obligation de « faire vivre » l'asile n'est-elle pas implicitement contenue dans cet autre principe, base même de l'assistance aux aliénés, et par lequel commence l'article 1^{er} de la Loi : « Chaque département est *tenu* d'avoir un établissement public... ou de traiter... ».

L'obligation pratiquement hors de cause, il faut bien souligner que le rôle du conseil général est exclusivement financier : les circulaires des 4 août 1866 et 8 octobre 1871 n'ont pas manqué de préciser que les lois sur les conseils généraux ne modifiaient en rien le pouvoir de direction et de surveillance conférés par la Loi de 1838 à des fonctionnaires déterminés. Et c'est là, en définitive, le nœud de la question qui nous intéresse ici, la garantie de notre statut.

En dehors des « vœux » qu'il a toujours la faculté d'émettre, un conseil général ne pourrait donc qu'user de ses attributions financières. En l'espèce — et ce n'a encore été qu'un autre épouvantail — il refuserait, assurent certains, le vote de l'article du budget afférent au traitement des médecins, ou plutôt en diminuerait le montant d'une somme équivalente au traitement du fonctionnaire déplaisant,..... et qui n'est pas forcément un médecin-chef. Mais une telle menace ne saurait pratiquement arriver à son but, car la diminution atteindrait *tous* les fonctionnaires émargeant au titre du dit article, tous ayant droit d'y émarger jusqu'à l'épuisement du crédit global. L'astuce irait-elle jusqu'à réserver un article du budget au traitement de l'indésirable ? Le sens de la manifestation deviendrait alors trop clair.

Mais il faut aller plus loin. Une telle hypothèse me semble irréalisable : Si en effet l'article 46 de la loi de 1871 attribue au Conseil général le vote des « dépenses des établissements d'aliénés *appartenant* au département... », l'article suivant ne manque pas de prévoir expressément que « les délibérations... sont exécutoires si, dans le délai de

20 jours à partir de la clôture de la session, le préfet n'en a pas demandé l'annulation pour excès de pouvoir ou pour *violation d'une disposition de la Loi ou d'un règlement d'administration publique...* ».

Un contradicteur va-t-il surgir pour insinuer que le préfet reste libre de laisser violer les dispositions légales ou réglementaires ? Si oui, revenons sans tarder à la monarchie absolue. En semblable occurrence d'ailleurs, n'appartiendrait-il pas à notre amicale — j'allais écrire cette fois : notre syndicat — d'intervenir par toutes voies utiles ?

Mais c'est sur la « violation » qu'il faut insister, car il est évident que le conseil général ne peut émettre un vote comme celui supposé plus haut, sans contrevenir formellement aux dispositions de l'ordonnance de 1839 (art. 14), qui est un *règlement d'administration publique*.

Il ne lui appartient pas davantage, au nom du principe de gestion financière, de se substituer à l'autorité ministérielle, à qui l'article 13 de la même ordonnance donne le pouvoir « d'autoriser, ou même *ordonner d'office*, la réunion des fonctions de directeur et de médecin ». La séparation des fonctions — question délicate — ne saurait, sauf peut-être exceptions précises, se réclamer du principe d'économie, et par conséquent rentrer par cette voie dans les attributions financières de l'assemblée départementale.

Et d'ailleurs une modification au régime intérieur de l'établissement, telle que celle — peut-être provisoire — récemment instaurée à X..., entraîne une modification du règlement du service intérieur, dans les articles correspondant à l'administration (section II du règlement-modèle de 1857), à la compo-

sition du service médical (section VIII). Point capital, cette modification doit être, en application des dispositions légales de 1838 (art. 7), proposée par le Préfet à l'approbation du Ministre. C'est donc, en définitive, à l'autorité centrale qu'il appartient, ou de la sanctionner, ou de l'écarter.

**

Quelles conclusions peut suggérer cette rapide esquisse ? — Que les textes réglementaires, incomplets si l'on veut, s'accordent avec l'intérêt du service pour reconnaître à la seule autorité centrale le pouvoir de prendre les mesures, générales ou spéciales, concernant notre corps de fonctionnaires. Aucune théorie décentralisatrice ne saurait venir à l'encontre du principe et de son application. Si la décentralisation est souhaitable en ce qui concerne plus spécialement la *gestion*, qui pourrait devenir plus aisée et plus souple, un corollaire obligé est la centralisation plus expresse du *contrôle* et des sanctions. Or, un des exercices de ce contrôle est, par anticipation, la désignation par l'administration centrale de médecins recrutés par elle, et au maximum indépendants des assemblées locales et des coteries.

Nous possédons dans les textes en vigueur un appui solide. Sachons les connaître et nous en servir avec discipline. Cela implique, bien entendu, le primordial devoir de se soumettre soi-même à la règle. Rien n'est plus facile, si j'en crois ma modeste expérience.

H. BEAUDOUIN.

TROUBLES MENTAUX

COMPLEXES ET CONSTITUTION

Par E. MINKOWSKI

Dans une communication, faite récemment à la Société Médico-Psychologique, MM. Capgras et Carrette (1) ont mis à l'étude un problème important.

Il s'agissait d'un malade, dont les troubles se laissaient ramener aisément à un complexe sous-jacent d'Œdipe. Ce complexe de subliminal devenait, au cours de la maladie, conscient. Cette modification n'était cependant pas le signal de la guérison. Loin de là, les auteurs la considèrent dans le cas étudié, à juste titre d'ailleurs, comme signe d'aggravation.

Cette constatation n'infirme en aucune façon les conceptions de Freud. L'apparition dans la conscience d'un complexe au cours d'une cure psycho-analytique et la présence d'une idée incestueuse chez un malade délirant sont des manifestations d'un ordre tout différent. Dans le premier cas, la personnalité est capable de faire face au complexe renaissant et de solutionner le conflit qui en résulte. Dans le second cas, par contre, il ne peut s'agir que d'un signe de la dislocation croissante de l'individu et, ce qui revient au même, de la disparition progressive de réactions et de mécanismes normaux. MM. Hesnard et de Saussure, le premier dans la discussion, le second dans une lettre adressée à M. Capgras (2), ont nettement mis en évidence cette différence importante. Il n'est donc guère nécessaire d'insister davantage. Retenons simplement une conclusion qui découle de ces constatations, à savoir qu'un minimum de conditions psychologiques est indispensable pour qu'un complexe puisse encore s'intégrer, d'une façon normale, au courant de la vie de l'individu.

(1) *Annales médico-psychologiques*, juin-1924, p. 48.

(2) *Loc. cit.*, p. 64 et 67.

Il resterait à préciser ces conditions, question difficile, s'il en fût, demandant de longues et patientes recherches.

Nous ne saurions cependant nous soustraire à cette tâche, la question posée ayant une trop grande portée pratique. Dans le cas où le psychisme, sous l'influence d'une maladie mentale quelconque, est modifié à tel point qu'il n'est plus capable d'assimiler un événement à forte charge affective, la recherche des complexes paraît contre-indiquée. Elle ne peut que mener à la création de nouveaux corps étrangers, pour ainsi dire, qui subsisteront, sans cohésion aucune, dans le psychisme dissocié et dépourvu de synthèse affective. Et c'est ainsi que récemment encore une série de psychiatres avisés (1), croyaient devoir faire des réserves sérieuses, en ce qui concerne l'application du traitement psychoanalytique classique aux schizophrènes.

Mais le problème s'élargit encore. Il n'existe nulle part de limites nettes entre le normal et l'anormal. En étendant de plus en plus le champ de leurs recherches, les aliénistes, en partant des formes principales de psychoses, se sont efforcés d'établir des rapports étroits entre celles-ci et les caractères des individus normaux. Ainsi est née, en psychiatrie, la doctrine contemporaine sur les constitutions. MM. Delmas et Boll, dans leur ouvrage sur « La personnalité humaine » ont donné une extension toute particulière à cette méthode. D'autre part, Kretschmer et Bleuler, en partant de l'opposition classique de la folie maniaque-dépressive et de la schizophrénie, ont abouti aux notions de schizoïdie et de syntonie. Mme Minkowska, en procédant de la même façon, a établi la notion d'épileptoïdie.

Il ne s'agit donc plus uniquement d'un minimum d'intégrité psychique, nécessaire pour la constitution et l'assimilation d'un complexe. Ce minimum semble main-

(1) H. CHRISTOFFELL. — Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Psycho-analyse für die Medizin und speziell für die Psychiatrie. *Schweiz. mediz. Wochenschrift*, 1924, n° 20. M. TRAMER. — Zur psychodynamischen Beziehung von Psychoanalyse und Schizophrenie an Hand eines Falles. *Schweiz. mediz. Wochenschrift*, 1924, n° 12. A. v. MURALT. — Die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XIV, fascicule 2.

tenant devoir être différencié, du point de vue qualitatif, toute une série d'éléments psychologiques divers pouvant modifier, en pathogénie, le jeu et la portée des facteurs affectifs et des complexes.

La nécessité de préciser les limites et les indications du traitement psychoanalytique se fait ainsi sentir d'une façon de plus en plus pressante, et ceci d'autant plus que bien souvent les psychoanalystes orthodoxes, sous l'influence de l'enthousiasme, dû aux grandes découvertes de Freud, négligent facilement tout ce qui, dans la clinique, ne se laisse point subordonner à leurs conceptions. La recherche du contenu psychologique des manifestations névro et psychopathiques, semble parfois vouloir tout submerger ; et une place infime, pour ne pas dire nulle, est réservée à tous ces facteurs, ignorés de nous encore en partie, qui font que le même contenu peut se manifester sous des formes cliniques d'ordre et de gravité différents.

La psychoanalyse n'est qu'une des méthodes dont dispose la psychiatrie moderne pour étudier les troubles mentaux. Il y a tout intérêt à confronter constamment ses données avec les doctrines actuelles, concernant les psychoses et les constitutions psychopathiques. L'attitude d'un individu, en présence d'un fait d'ordre affectif, sera différente selon sa constitution. La portée pathogénique du complexe variera en conséquence. La psychothérapie devra s'inspirer de ces différences. Bien souvent la phobie ou l'obsession qu'accuse le malade, en y voyant un trouble essentiel, n'est qu'un détail ; le psychiatre découvre derrière une attitude profondément viciée à l'égard de l'ambiance, attitude devant être ramenée à une constitution particulière. La disparition de la phobie ne constitue qu'un progrès bien relatif, si le malade continue à être aussi peu adapté à la réalité qu'il l'a été avant.

Nous n'avons, certes, pas la prétention de résoudre ici les problèmes importants dont il vient d'être question. Nous voudrions simplement poser un jalon en décrivant quelques cas, bien disparates comme on le verra, que le hasard de l'expérience personnelle nous a permis d'étudier au cours des derniers mois.

OBSERVATION I. — Mme G., âgée de 37 ans, vient nous consulter au dispensaire de Prophylaxie mentale dirigé par M. Toulouse. Elle se plaint d'insomnie, d'énervement, d'hypersensibilité ; les bruits la troublent et lui donnent des palpitations. Elle est dans cet état pénible depuis plusieurs années déjà.

Mariée depuis treize ans, elle est malheureuse en ménage. Elle a perdu ses deux enfants en bas âge, à quelques mois d'intervalle. Son mari est une « nature spéciale », très renfermé, il cause parfois tout seul. Il a des yeux qui l'agacent et doit avoir une influence magnétique sur elle ; dans sa présence elle ressent quelque chose de surnaturel. Au fond, ce doit être le désir qui la travaille. Depuis cinq ou six ans, son mari néglige ses devoirs conjugaux. Il la caresse parfois, fait naître en elle des désirs, mais refuse ensuite de les combler. Il sort beaucoup, mais elle préfère ne pas connaître le but de ses promenades, car elle l'aime de trop. Si elle n'avait pas été honnête, elle aurait pris un amant. (Le mari confirme les dires de la femme en ce qui concerne leur vie conjugale. Il donne comme explication de son attitude, le conseil d'un médecin de s'abstenir, en raison de l'état mental de la femme. Nous apprenons, par ailleurs, qu'il a été condamné pour homosexualité).

La voisine d'en haut fait beaucoup de bruit. Elle le fait exprès probablement. Depuis quelques jours, elle tousse d'une façon particulière pour l'agacer de sorte que si elle tombait malade, elle aurait le droit de demander des dommages-intérêts à cette voisine. « C'est peut-être, d'ailleurs, uniquement mon imagination qui me travaille ainsi », ajoute Mme G.

En faisant ce récit, la malade se comporte comme une hypomaniaque. Loquace, elle présente une certaine fuite d'idées. Tout en parlant de ses ennuis, elle reste plutôt euphorique, ne manifeste aucune tendance aux réactions violentes, se laisse reconforter facilement, accepte la plaisanterie et plaisante elle-même parfois. Revue à plusieurs reprises, au cours d'une année, elle reste toujours la même. Tout en gardant ses vagues idées d'influence et de persécution, elle est plutôt confiante et continue à mener le même train de vie.

Ses connaissances usuelles ne sont guère étendues. Il existe un certain degré de débilité mentale.

Nous apprenons encore de Mme G., au sujet de ses antécédents, ce qui suit :

Sa mère, âgée de 59 ans, vient de passer deux ans dans un asile ; elle avait toujours été maladivement jalouse et avait fait une tentative de suicide.

Elle-même aurait eu des convulsions jusqu'à l'âge de sept ans.

D'un tempérament très sensible, elle traverse une crise de scrupules au moment de la première communion.

A l'âge de 19 ans, elle est internée pendant quatre mois et demi, en raison d'un accès d'excitation. Au début de cet accès, étant encore à la maison, elle s'allonge un jour à côté de son père et l'idée lui vient de « *faire des bêtises avec lui* ». (La malade évoque avec une certaine gêne ce souvenir ; elle dit qu'elle préférerait ne pas en parler et explique ce désir anormal par son état morbide). L'agitation ne fait que croître. Elle a peur, se croit en enfer, a des visions terrifiantes, des hallucinations auditives et la sensation comme si quelque chose lui traversait la colonne vertébrale. Elle éprouve en même temps des sensations anormales dans les organes génitaux. Elle se reproche d'avoir mal fait sa première communion, se croit damnée, s'écorche, mange ses excréments, probablement à titre de pénitence. Doit être alimentée par la sonde. Se promène toute nue avec un sentiment de plaisir sensuel. S'éprend de l'interne du service. Voit des oiseaux qui lui disent être des âmes et croit assister ainsi à la fin du monde. Suspension des règles pendant quatre mois ; en même temps devient grosse comme une femme enceinte ; au retour des règles, croit avoir accouché et maintenant encore admet la possibilité d'avoir fait une fausse couche à ce moment-là.

Le cas rapporté est assez banal. Aussi nous servira-t-il plus loin surtout de point de comparaison.

A l'âge de 19 ans notre malade traverse un accès d'excitation violente, probablement de nature catatonique.

Si un examen plus approfondi avait été possible, nous aurions, en tant que psychoanalystes, à déterminer le contenu psychologique de cet accès, et ceci surtout en ce qui concerne les manifestations, paraissant de prime abord incompréhensibles. Nous aurions recours alors aux belles recherches psychoanalytiques se rapportant à l'idée délirante de la fin du monde, par exemple, au contenu des hallucinations, à la portée symbolique des actes des aliénés.

Le caractère érotique du délire est ici une simple constatation clinique, ne nécessitant aucune interprétation, ni aucune étude approfondie et ne pouvant ainsi ni confirmer ni infirmer les conceptions nouvelles, apportées par les travaux de Freud.

Au cours de l'accès, de nature essentiellement érotique, comme nous venons de le voir, apparaît fortuitement un désir incestueux. Ceci nous ramène à ce que nous disions plus haut au sujet de la communication de MM. Capgras et Carrette. Ce désir surgit dans une atmosphère de désarroi général. La succession rapide d'idées et d'images, signe constant des états d'excitation psychique, ne lui permet pas de se fixer. Il traverse l'esprit sans que la personnalité, altérée dans son ensemble, puisse prendre position à son égard. Il ne peut dans ces conditions donner naissance à un complexe. Et s'il devait correspondre à un complexe, existant depuis longtemps dans l'inconscient, son apparition dans la conscience morbide ne peut ici provoquer la détente, qui se produit au cours d'une cure psychoanalytique. Le rythme de la vie est trop rapide, pour qu'un conflit puisse naître ; la censure morale joue à peine.

Une fois l'accès terminé, la personnalité de la malade reste altérée. C'est un état d'hypomanie constante avec loquacité, fuite d'idées, quelques vagues idées de persécution et d'influence et une certaine discordance entre la note euphorique de l'humeur et le contenu des récits. Nous avons d'emblée un bon contact affectif avec la malade. Elle parle avec gêne de son désir incestueux, apparu lors de son accès d'excitation ; elle préfère ne pas évoquer le souvenir désagréable et liquide la situation, en rendant responsable de ce désir anormal l'état morbide dans lequel elle se trouvait. Ceci ne fait que confirmer ce que nous disions tout-à l'heure sur la portée psychologique de l'incident incestueux chez notre malade ; il n'a pas de retentissement plus profond sur son psychisme.

La malade vit dans une atmosphère d'inassouvissement sexuel, en raison de la perversion de son mari. Ceci est également une simple constatation, n'impliquant aucune recherche spéciale et ne confirmant

ainsi aucune conception particulière. Cet inassouvissement joue-t-il un rôle dans la pathogénie de l'état actuel ? Ceci est probable, puisqu'il est susceptible de provoquer une atmosphère de nervosisme constant. Mais peut-être aussi l'état actuel de la malade lui permet-il de supporter plus facilement la situation anormale dans laquelle elle se trouve.

Etant donné toute la constellation psychologique, étant donné les conditions anormales dans lesquelles vit Mme G. et le degré de débilité mentale que nous trouvons chez elle, la psychothérapie ne peut consister que dans un réconfort moral, ayant pour but le maintien de l'état actuel, et l'essai de parer, autant que possible, à une aggravation de celui-ci.

OBSERVATION II. — Ce deuxième cas diffère sensiblement du précédent.

Il s'agit d'un jeune homme A. âgé de 24 ans. Le docteur J. me l'adresse, en me signalant la présence d'un complexe d'Œdipe et en posant la question de l'opportunité d'un traitement psycho-analytique. Le Dr J. me fournit en même temps quelques renseignements sur les antécédents du malade.

Une tante maternelle était sujette à des crises convulsives ; en outre, elle était d'une méfiance extrême et voyait partout des preuves d'hostilité à son égard. Deux oncles maternels moururent à l'asile, l'un après y être resté quatre ans, l'autre, quinze ans.

La mère du malade présente un tic de la face et de la tête, des étouffements d'origine nerveuse et un certain claquement de la langue, en parlant.

Le malade lui-même aurait eu, entre six et quinze ans, quelques « crises » avec perte de connaissance, vomissements, morsures de la langue et état d'obnubilation, consécutif à la crise. Il dit d'ailleurs constater encore maintenant des morsures de la langue, sans savoir d'où elles viennent.

Il présente en outre des troubles vasomoteurs, survenant par accès : il devient pâle, étouffe, a la sensation de pesanteur dans la nuque et des nausées, la langue lui paraît être très grosse, comme si elle remplissait toute la bouche.

Le malade bégaye d'une façon intense.

La mère dépeint son fils comme individu renfermé,

insociable, rusé, méchant, inaffectif et d'un pédantisme exagéré. Eplucher une orange, par exemple, demande énormément de temps, tellement il le fait soigneusement, quant à sa toilette, il la fait comme s'il s'agissait d'accomplir un rite. A la maison personne n'osait déplacer ses affaires.

Le Dr J., conclut : « Je crois qu'il s'agit d'un épileptique avec de nombreux équivalents et des anomalies du caractère. Mais ce qui frappe surtout c'est l'attitude profondément morbide à l'égard de la mère. Cette attitude demanderait peut-être à être étudiée du point de vue psychoanalytique. »

Au cours d'examens psychiatriques successifs, A. nous fournit les renseignements suivants que nous transcrivons ici, sans trop les modifier, pour sauvegarder ainsi le caractère général de ses dires.

D'origine russe, né à Pétrograd, il y reste jusqu'en 1922. Au lycée, il apprend mal, mais fournit par intervalles un gros effort et réussit ainsi à passer son baccalauréat. Les événements politiques lui font quitter la Russie.

Quelque chose l'a toujours protégé dans la vie ; c'est ce qu'on appelle « une bonne étoile » ; il y croit fermement.

Il vient pour élucider son état ; des deux choses l'une, ou il est capable de travailler et alors il faut qu'il le fasse, ou il ne peut pas le faire et alors il est malade et il n'y a qu'à l'interner dans un asile.

Il ressent des malaises qui dépendent des conditions atmosphériques.

Après être resté quelque temps à Berlin, il vient à Paris, où se trouve sa mère, pour établir enfin des rapports francs et nets avec elle. Il vient de fournir, dans ce but, un effort énorme, mais n'a obtenu que le contraire de ce qu'il avait cherché.

Depuis son enfance il se sentait attiré vers sa mère : quand elle entrait dans sa chambre, il avait la gorge serrée et se sentait très las ensuite ; il essayait aussi parfois de lui mordre les mains. Tout ceci se produisait par périodes et devait dépendre des conditions cosmiques. Ce sentiment d'amour s'étendait aux personnes qui étaient chères à sa mère. Mais maintenant il y a un mur entre lui et sa mère. Celle-ci cherche à le subjuguier.

Il désire que son souvenir se perpétuât dans l'avenir. Dans ce but il a écrit une étude sur les origines de la révolution russe, mais le manuscrit a été égaré, lors de son départ précipité de Pétrograd. (A un des examens suivants, le malade nous apporte ses notes ; comme tout ce qu'il

dit, ces notes ne contiennent que des propos vagues, banaux, dénués d'intérêt et de sens).

Il sent que ses besoins intellectuels diffèrent de ceux de ses semblables. Il enregistre également d'une façon différente, d'une façon plus économique. On pourrait traduire cette différence, en disant qu'il pense à l'aide de limites. Il peut y avoir trois cas : ou ça correspond, ou ça ne correspond pas ou encore... (le malade se perd dans des propos vagues). Il enregistre tout d'une façon indirecte, comme le font les femmes, sans logique.

Il sent en soi une sorte de discordance ; il doit appartenir aux anormaux supérieurs. Son état d'ailleurs s'est aggravé. Avant, quand il pensait à quelque chose, toute une série d'équations surgissait dans son esprit. Ce n'est plus le cas maintenant.

Bien souvent des gens illustres lui avaient demandé conseil. Il avait la faculté de prédire parfois l'avenir. Une concentration particulière se produisait alors en lui et lui permettait, en suivant une courbe dans son esprit, de prévoir l'avenir. Une série de courbes spéciales peuvent se former ainsi. Ceci lui a permis de se rendre compte que le temps et l'espace étaient des notions purement subjectives. (Le malade se perd dans des propos vagues sur l'importance des courbes mondiales, sur les périodes cosmiques, sur les théories d'Einstein, sur l'énergie qu'on retrouve dans le sentiment religieux, dans la science pure, dans l'art pur, etc.).

Il a perdu maintenant sa ligne verticale et c'est ce qu'il y a de plus triste dans son cas. La ligne verticale concorde avec les amplitudes des lignes cosmiques. Les saints et les grands hommes savent subordonner leur conduite à la ligne verticale, lui est incapable de le faire.

Dans un de ses mémoires, il avait étudié la courbe de ses relations avec sa mère et a compris ainsi beaucoup de choses. On attribuait la mort de la mère d'un de ses camarades à la grippe, mais il savait qu'elle était morte parce que son fils l'avait aimée d'amour ; sa Libido l'avait détruite. (Le malade a quelques notions psychoanalytiques, mais elles sont aussi peu précises et employées à tort et à travers comme toutes les autres). Un autre de ses camarades s'est suicidé parce que sa propre mère l'avait aimé. A Berlin il a sauvé un enfant en l'éloignant de sa mère.

Il voudrait quitter Paris parce qu'ici on s'écarte de lui, on a l'air de se moquer de lui. Tous les centres se modi-

fient actuellement dans sa tête, il s'en rend compte, en étudiant la façon dont on se comporte à son égard. Dans les magasins, dans les tramways il remarque une attitude hostile.

Il a perdu toute initiative, toute volonté. C'est encore l'influence néfaste de sa mère qui se manifeste ainsi. Elle voudrait en finir avec lui.

Il lui est arrivé de s'intéresser à des femmes, mais sa mère, dès qu'elle l'apprenait, cherchait à l'en détourner. Elle le faisait par jalousie. Elle l'avait rendu amoureux d'elle.

A huit ans, il aimait sa mère d'une façon éphémère, comme Lermontoff. En présence de sa mère, il ne savait plus ce qui se passait en lui. Dès qu'il l'apercevait, il cherchait à se sauver. En lui faisant du mal, sa mère cherchait à se venger de son père qui l'avait abandonnée. C'est une femme autoritaire ; l'élément masculin prédomine chez elle ; elle a pourtant une âme bien féminine. Il se sentait attiré vers sa mère, mais ne rencontra pas chez elle de sentiment maternel. Il ne trouvait que des impulsions non-féminines et tout semblait être mensonge en elle.

Ses deux sœurs sont mortes de méningite. L'influence néfaste de sa mère s'est encore manifestée de cette façon. Le microbe de la méningite n'étant pas connu, il est persuadé que des facteurs d'ordre mécanique interviennent dans cette maladie. Des courants se propagent d'un individu à un autre et peuvent détruire l'unité de celui-ci. Dès son enfance il avait enregistré des faits de ce genre. Voyant ceci, il cherchait à protéger son frère contre l'influence de sa mère.

Ne trouvant pas de point d'appui, il a dû s'adapter. Un grand scandale se produisit alors : sa mère le rendit amoureux d'elle. Un ami de sa mère, un homosexuel, joue également un rôle dans ce drame. (Suivent des propos vagues sur la féminité des statues antiques, sur les tropismes masculin et féminin, sur des atomes féminins, sur la révolution qui ne serait qu'une manifestation du tropisme féminin.)

Il ne peut plus vivre auprès de sa mère. En sa présence, il perd entièrement la volonté. Il n'y a que deux moyens pour sortir de cette impasse : ou s'affaiblir volontairement encore davantage ou se replier sur soi-même.

Sa mère a toujours été jalouse de lui, parce que d'autres personnes l'aimaient. Il avait aimé une femme, mais sa mère, par jalousie, l'en a détourné. Son père a été un facteur positif dans sa vie, sa mère, par contre, un facteur négatif.

Il est prêt à faire n'importe quoi, à être concierge, s'il le faut. La question doit être mise sur un terrain pratique. S'il est capable de travailler, il doit le faire ; si non, il n'y a qu'à l'enfermer dans un asile d'aliénés.

Le malade vient encore, plusieurs fois, à pailer de son amour pour sa mère ; il le fait toujours de la même façon.

La mère que nous avons eu l'occasion de voir, nous raconte que la vie devient intenable, à cause de la conduite du fils. Ainsi récemment, en société, il déclarait qu'il ne pouvait pas se mettre à table avec elle. D'autre part, il la harcèle de demandes d'argent et menace de se suicider en cas de refus.

Notre malade a des points communs avec le cas décrit par MM. Capgras et Carrette. Des sentiments incestueux occupent une place importante dans ses dires, et tout comme la malade de MM. Capgras et Carrette, A. en parle « sans réticences » (1), « avec le plus naïf cynisme, sans y voir rien de maladif ni même d'anormal » (2).

Cette dernière circonstance mérite d'être retenue tout particulièrement. Pour employer une expression, dont se servent également MM. Capgras et Carrette, le « coefficient émotionnel » est nul. La censure morale ne joue pas. Aucune résistance ne se fait sentir, en présence d'un sentiment répréhensible. Aucun conflit ne surgit. Et c'est bien davantage une *idée* qu'un *sentiment* incestueux que nous avons devant nous. Ce n'est point un drame qui se joue, tel qu'il a été inspiré à Sophocle par l'image de l'inceste, ce n'est pas non plus l'atmosphère de tension morale, pouvant mener au refoulement dans le sens de Freud ; nous nous trouvons simplement en présence d'un signe de profonde altération de la personnalité humaine.

Cette altération est plus profonde encore que chez la malade de MM. Capgras et Carrette. Chez celle-ci il pouvait encore être question d'une fuite dans le monde imaginaire, et grâce à un dernier vestige de la censure morale, le complexe d'Edipe cherchait à se dissimu-

(1) CAPGRAS et CARRETTE, *l. c.*, p. 55.

(2) CAPGRAS et CARRETTE, *l. c.*, p. 60.

ler derrière un délire de sosies. Ce n'est plus le cas chez notre malade. Ici l'idée incestueuse est encore plus vague, en ce qui concerne ses origines, et encore plus diffuse et contradictoire, en ce qui concerne ses manifestations. Elle participe à tous les troubles essentiels que présente l'idéation de notre malade. Et qui saurait dire ce qui se cache derrière ces bribes d'un psychisme entièrement délabré ?

Chez notre première malade nous pouvions encore parler d'un *désir* incestueux. Ce désir apparaissait cependant dans des conditions profondément anormales, au cours d'un état d'excitation, caractérisé comme ceci a toujours lieu en pareil cas, par une abolition des mécanismes inhibiteurs et une succession trop rapide d'idées, d'images et de désirs. Il ne pouvait, pour cette raison, avoir de retentissement profond sur le psychisme de l'individu. Cependant celui-ci, tout en restant altéré après l'accès, conservait de l'épisode incestueux un souvenir *pénible* et éprouvait une certaine gêne à son évocation. La personnalité ne perdait pas ainsi tout « aspect humain », si on peut s'exprimer ainsi. Tout autre est le tableau que présente notre deuxième malade. Il n'y a, à aucun moment, ni conflit, ni lutte, ni résistance, par rapport au « complexe d'Œdipe ». Au contraire, nous nous trouvons en présence de quelque chose de rigide, d'immobile, de mort, comme le sont les idées délirantes en général. (D'ailleurs ici l'idée incestueuse est intimement liée à des idées de persécution). Loin de pouvoir déclencher, à quelque moment que ce soit, un mécanisme normal ou pathologique, l'idée incestueuse n'est ici que l'aboutissement d'une dislocation progressive de la personnalité humaine.

Et c'est les caractères de cette dislocation qui nous intéressent au fond avant tout. En adoptant les notions, introduites récemment dans l'étude des constitutions par MM. Bleuler et Kretschmer et Mme Minkowska, nous serions tentés d'envisager la façon d'être de A. comme résultante de facteurs, appartenant à deux grands groupes, à l'épileptoïdie d'une part, et à la schizoïdie de l'autre. Certes, il ne saurait s'agir là que

d'une hypothèse, des analyses pareilles devant être étayées par des arguments plus solides que ceux dont nous disposons ici. En tant qu'hypothèse cependant, notre affirmation paraît plausible et susceptible en même temps d'illustrer, dans ses grandes lignes, l'orientation actuelle de pareilles recherches.

L'existence d'un facteur épileptique est rendu probable par les antécédents héréditaires et personnels de notre malade. Nous mettrons sur son compte, en dehors des troubles vasomoteurs, signalés par le D^r J., et survenant par accès, le pédantisme exagéré de A., se manifestant dans sa tenue, dans ses gestes, dans ses habitudes, une certaine bradypsychie que nous constatons chez lui, ainsi qu'une certaine tendance au mysticisme, qui perce de temps en temps dans ses dires et qui est fréquente au cours de troubles mentaux d'origine épileptique.

Cependant, le facteur épileptique est incapable à lui seul d'expliquer le tableau clinique, présenté par A. A côté, il existe un autre facteur, et celui-ci est de beaucoup le plus important. Nous avons en vue ici le processus schizophrénique. C'est à lui que nous attribuons l'hypertrophie du moi, l'indifférence, les interprétations paranoïaques, le raisonnement par antithèse, la tendance aux images et aux comparaisons spaciales (1), et surtout cette imprécision et ce flou qui caractérisent tout ce que dit notre malade.

A ce dernier point de vue, le processus schizophrénique semble même très avancé. Le malade, cependant, garde malgré ça une certaine tenue sociale. Nous en rendons volontiers responsable le facteur épileptique, qui, comme l'ont montré les recherches généalogiques de Mme Minkowska, est capable de contrebalancer partiellement les effets destructifs du processus schizophrénique.

L'analyse, à laquelle nous venons de nous livrer, comporte quelques conclusions pratiques. Un traitement psychoanalytique ne nous paraît point indiqué

(1) Voir à ce sujet Mme et M. MINKOWSKI. — « Trouble du dynamisme mental et phénomènes obsédants, » *Ann. médico-psychol.*, mai 1924.

dans ces conditions, la personnalité humaine étant déjà trop altérée pour pouvoir faire face, d'une façon appropriée, à un événement affectif important. Essayer d'établir un certain contact avec le malade et le réadapter à un travail régulier, voici la voie que nous aurions suivie volontiers, s'il nous avait été donné de diriger le malade pendant un certain temps, et ceci en nous rendant parfaitement compte des difficultés d'une pareille tâche. En même temps, nous aurions eu recours, à titre d'essai, aux agents médicamenteux employés contre l'épilepsie.

OBSERVATION III. — Mme N. (1), âgée de 40 ans, nous fournit sur son passé et sur son état actuel les renseignements suivants :

Depuis l'âge de 13 ans, elle est sujette, par périodes, à des phobies. Elle se rappelle tout d'abord que chaque fois qu'il lui arrivait de toucher une porte, elle comptait jusqu'à neuf, afin d'éviter un malheur. Puis ce fut la phobie des microbes.

A 17 ans elle traverse une crise de pudeur. En faisant sa toilette, elle craint constamment qu'on ne l'aperçoive. Elle met tout le long de ses robes des épingles de peur qu'elles ne se défassent dans la rue. Une amélioration se produit après un court séjour dans une Maison de Santé. Mais en même temps elle commence à s'intéresser de trop à son médecin et à sa femme (surtout à lui) et demande à ses parents de la reprendre, de peur de trop s'attacher à son docteur. Cette crise n'a pas été très violente ; elle pouvait se raisonner. Elle était très grande pour son âge, et était devenue chlorotique et n'avait pas de facilité au travail ; les règles restèrent suspendues pendant plusieurs mois. Elle ne savait pas du tout ce qu'était la vie, ses parents ne lui donnaient aucune explication et elle craignait de commettre une faute, sans le savoir. A cause de ses phobies, elle se sentait dès son jeune âge comme diminuée, pas comme les autres. L'apparition, au moment de la puberté, de signes secondaires de son sexe, dont elle ignorait l'existence, ne firent que confirmer cette façon de voir. Au moment de la crise de pudeur, elle demandait à sa mère si elle était faite comme les autres.

(1) J'ai eu l'occasion d'étudier et de discuter longuement ce cas avec mon ami le Docteur Tison ; je lui exprime ici toute ma gratitude pour sa précieuse collaboration.

Elle avait d'ailleurs toujours été timide et scrupuleuse. Elle a toujours été d'une nature plutôt rêvassieuse avec un horizon peu étendu. Elle aimait rêver aux mêmes choses, aux mêmes souvenirs. Tout restait chez elle à l'état nébuleux de rêve, tandis que sa sœur était primesautière, active et vive. Elle, par contre, ne pouvait jamais développer entièrement sa pensée. Tout ce passé rêvasseur l'effraie, elle se demande si elle pourra guérir.

Sa vie de jeune fille fut bête et amorphe. Elle était souvent triste et sombre. Tout se passait par étapes, par secousses chez elle. Des périodes plus actives succédaient à des périodes d'inactivité.

Entre les accès de phobies se placent des « périodes d'activité cérébrale ». Mais dans ces périodes, elle n'était pas entièrement normale non plus ; elle avait des « dada » concernant des personnes, s'intéressant à certaines personnes plus qu'à d'autres, à des voisines par exemple.

Son goût d'ailleurs la portait toujours vers les femmes ; elle ne regardait jamais les jeunes gens. Elle poétisait les jeunes mères, portant des bébés sur les bras. Elle n'a jamais commis aucune action répréhensible, restant droite et honnête, mais au point de vue beauté, elle s'est toujours intéressée aux femmes, surtout aux femmes qui étaient aimées. Dès qu'on disait en sa présence qu'une femme plaisait ou était en vedette, elle la croyait de suite extraordinaire et ne pouvait s'empêcher d'y penser d'une façon romanesque.

Elle s'est cependant intéressée à deux hommes dans sa vie, au médecin dont elle avait parlé déjà, et à un voisin ; son père s'opposa au mariage avec ce dernier.

Elle se marie à l'âge de 26 ans. Elle est heureuse en ménage. L'acte sexuel la laisse cependant indifférente.

Deux ans après, elle a son premier enfant, une fillette. Elle l'avait beaucoup désirée. Mais au cours des deux premiers mois, elle est jalouse, d'une façon malade, de sa fille ; dès que son mari s'approchait de la petite, elle était envahie par un sentiment de jalousie. En même temps, souffrant d'un suintement de l'oreille, elle craint constamment d'infecter exprès sa fille. Depuis, elle a gardé cette phobie ; celle-ci a diminué sensiblement d'intensité, il est vrai, mais s'est étendue, d'autre part ; ayant toujours un peu de suintement, elle craint de passer exprès des microbes à autrui, surtout à des êtres faibles, à des vieillards et à des enfants qui pourraient lui être confiés.

Il y a sept ans, elle traverse sa première crise d'« obses-

sion par les bruits », analogue à celle dont elle est atteinte actuellement. Elle fait un séjour dans une Maison de Santé. Ici elle fait la connaissance d'une autre malade et se sent attirée vers elle. Le charme de cette personne la désobsède, et elle se cramponne à elle. Son obsession disparaît ainsi, mais elle reste comme envoûtée par cette nouvelle amie. C'est comme une passion, elle a une véritable adoration pour son amie, y pense beaucoup, va la voir souvent, devient coquette parce que l'amie le désire.

Etant jeune fille, elle a eu des passions passagères pour des femmes ; mais il s'agissait là avant tout d'un intérêt d'ordre esthétique, tandis que cette amie, elle l'aimait d'amour. Etant croyante, elle n'aurait jamais commis de faute, mais elle n'aurait certainement pas ressenti de dégoût. Elle se demande, si actuellement elle pourra guérir sans s'accrocher, de la même façon, à une autre personne.

Il est possible que cette passion pour une amie ait été anormale, n'empêche que cette période de sa vie ne fut pas désagréable, parce que son sentiment anormal ne paralysait pas sa pensée, comme le faisait l'obsession par les bruits. « J'ai toujours eu un dada, une grosse marotte dans ma vie, mais cette fois-ci au moins, mon dada ne m'empêchait pas de penser à autre chose. »

Cette période de passion dura jusqu'au début de la crise actuelle. Celle-ci remonte à huit mois. Elle est cette fois-ci à nouveau obsédée par les bruits, comme elle l'a été il y a sept ans, avec la seule différence que la crise actuelle est encore plus intense que la précédente.

L'été dernier, au cours d'un voyage, elle devient anxieuse et dort mal. A son retour, elle doit changer de bonne. L'anxiété augmente encore. Elle se sent triste, comme si elle était abandonnée. Elle a l'impression malade que tous les trains qui passent à proximité viennent sur elle et que son abdomen se gonfle en même temps. Puis, l'obsession du bruit s'installe ; tout d'abord elle ne porte que sur le bruit fait par les portes, mais progressivement elle fait tache d'huile et finit par englober tous les bruits, sans exception.

Depuis sa quinzième année, elle a une certaine « anxiété du bruit », surtout quand celui-ci se produit au-dessus de sa tête. Elle craint ainsi d'être réveillée la nuit par des voisins tapageurs. Mais cette « anxiété du bruit » est une chose toute différente de l'« état d'écoutage » qu'elle pré-

sente actuellement et qu'elle désigne du nom « d'obsession par les bruits ».

Maintenant elle écoute tout. « Je pose mon verre, j'écoute, quand je fais mon lit, j'écoute les draps que je froisse, quand je déplace un objet, j'écoute le bruit qu'il produit et ainsi au moindre geste que je fais. Tout ce que je touche, je l'écoute. C'est peut-être parce que je suis bête. Je suis une écouteuse. J'enregistre tous les bruits, je ne fais au fond que ça et je me demande si les autres sont comme moi. Pour en être sûre, je le leur demande. J'veux savoir s'ils entendent comme moi, car j'ai perdu la notion du son. Quand je suis désobsédée un instant, par hasard, je recherche les bruits qui auraient pu m'échapper. Les bruits entendus ont une résonnance inaccoutumée, ils se prolongent longuement, très longuement. Je suis constamment dans un tourbillon de bruits. Chaque bruit, je le happe en me demandant, si je suis comme les autres. Je prends les bruits, puis ils reviennent encore une fois. Il y a ainsi un allé et venu entre moi et chaque bruit, comme une vague. Ce dernier caractère tend d'ailleurs à diminuer. Je conserve aussi le souvenir des bruits qui viennent de se produire, avec une vivacité, comme s'ils étaient encore là. Je vais aussi chercher des bruits lointains, extrêmement lointains. Ma tête n'est à aucun instant sans bruits, et je ne sais pas comment sont les autres. C'est épouvantable de passer sa vie à écouter au lieu de penser. Ce qui m'agace, c'est surtout la façon dont je suis. Les bruits par eux-mêmes ne sont pas désagréables. Ce qui me tracasse, c'est que ma pensée, c'est que mon cerveau se livrent à des manèges pareils au lieu de penser. »

Quand un objet tombe, quand on frappe à l'improviste à la porte, quand elle entend les cloches, elle est contente, ça la remet dans la normale. Elle se dit que ce sont des bruits qu'elle a entendus avant et qu'il faut entendre. Il y a ainsi quatre ou cinq « bons bruits ». Elle est le mieux dans le métro ; là, en raison du bruit sourd, monotone et régulier, elle ne distingue pas les sons isolés.

Dès qu'elle parle de son cas, elle n'entend ni écoute plus. C'est ainsi qu'à la maison, elle parlait constamment aux siens des bruits qu'elle entendait et leur demandait s'ils entendaient comme elle. Bien portante, elle est timide et très réservée. C'est l'inverse, maintenant, elle se sent poussée à parler d'elle-même et de son mal.

Elle se croit incurable ; elle finira dans un asile. Elle n'a même pas mis la photographie de ses enfants dans la

chambre, pour ne pas trop s'attacher à eux. A quoi bon, du moment qu'elle doit passer sa vie loin d'eux, dans un asile.

Depuis le début de l'accès actuel, elle ne pense plus du tout à l'amie pour laquelle elle avait eu tant d'intérêt dans l'intervalle entre ses deux crises « d'écoutage ». Elle a, d'ailleurs, toujours été très concentrée, ne pouvant s'intéresser qu'à peu de choses à la fois. Et c'est, peut-être, une raison pour laquelle elle ne guérira pas ou guérira moins bien que les personnes intelligentes.

Actuellement, elle est entièrement absorbée par son obsession. Celle-ci a fait taire toutes les autres pensées et préoccupations. Ainsi avant, elle était souvent obsédée par le doute et s'assurait à plusieurs reprises qu'elle avait bien fermé le compteur à gaz. Depuis le début de la crise actuelle, elle n'y pense même plus. Ceci ne veut pas dire qu'il lui serait indifférent s'il arrivait malheur aux siens.

Depuis qu'elle est malade, elle a plus d'affection pour eux. Elle comprend maintenant la vie normale mieux qu'avant, mais la comprend surtout « avec sa raison ». Elle croit que si elle restait comme elle est maintenant et se débarrassait de son obsession, elle serait plus libre qu'elle n'a jamais été. Elle ne serait pas allé voir son amie aussi souvent qu'elle l'avait fait. Elle regrette de ne pas avoir assez aimé les siens et voit le passé tel qu'il aurait dû être. Avant, elle ne pouvait pas s'occuper de ses enfants, à cause de son anxiété. Ils la fatiguaient et elle cherchait à s'isoler. Maintenant, elle comprend combien son rôle aurait pu être beau. Elle s'est développée, à ce point de vue, au cours de sa maladie et elle croit que si Dieu lui donnait la santé, elle se sacrifierait davantage pour les siens. Mais elle n'ose pas s'attacher à eux, de peur de devoir passer le restant de sa vie dans une Maison de Santé.

En dehors de son obsession, ses pensées sont « *petites et courtes* ». Quand elle pense à sa fille, par exemple, « c'est très court comme pensée ». De même la nuit, quand son subconscient parle et lui dit : tu es malade, tu ne guériras pas, tu te suicideras, ce sont toujours de « *petites pensées courtes, comme ça* ». (La malade revient très souvent sur le fait d'avoir des « *pensées petites et courtes* ». Ce fait se manifeste, d'ailleurs, très nettement, d'une façon objective, au cours de l'examen, la malade répondant aux questions, ne concernant pas son obsession, par des phrases très courtes et même par mono-

syllabes. Si ce symptôme ne ressort pas dans l'observation, c'est que nous n'avons pas pu reproduire ici les réponses de la malade textuellement, et nous sommes bornés à compulser les données qu'elle nous a procurées, au cours de longs interrogatoires successifs).

Tout est concentré dans sa tête. *La sensibilité est diminuée*, elle mange sans savoir ce qu'elle mange. Elle ne perçoit pas nettement la chaleur.

Elle ne croit pas pouvoir guérir, du moment qu'elle ne sait plus comment les gens normaux entendent. « Je ne sais plus si j'entends comme les autres et comment il faut entendre. Je ne sais plus ce qu'il faut entendre. Même pour un bruit normal, je me demande si je dois l'entendre. *Je ne sais plus comment vous êtes et comment sont les autres. J'ai perdu ce sens.* Je me demande toujours : suis-je dans la normale. Et comment le saurai-je jamais ? Je ne pourrai jamais savoir si je suis guérie. Savoir entendre me paraît plus difficile que le chinois.

« Faut-il être très intelligent, très actif pour guérir d'une telle obsession. Si j'étais une idiote guérirais-je quand même ?

« Je voudrais savoir, surtout, si je suis médicalement classée. Dites-moi que mon trouble est bien classé, du point de vue médical, je serai alors tranquille. »

Ce cas diffère sensiblement des deux précédents. Il ne s'agit plus tout d'abord d'une psychose, mais d'un ensemble de manifestations morbides, devant être rangées, au point de vue clinique, dans la catégorie des psychonévroses. Puis, l'élément pouvant donner naissance à un complexe, n'est plus ici un désir incestueux, mais une tendance homosexuelle. Celle-ci, selon les conceptions de Freud, est elle-même déjà une conséquence d'un arrêt de développement, déterminé par un refoulement morbide ; elle aurait ainsi pour base une cause plus profonde qu'il s'agirait d'élucider. Ensuite le tableau psychologique que nous avons devant nous est bien plus riche et vivant, que celui de l'observation précédente ; les facteurs d'ordre affectif, les facteurs « humains », si on peut s'exprimer ainsi, tels les tendances familiales ou le sentiment d'infériorité, y sont plus nombreux. La personnalité humaine paraît aussi bien moins touchée dans sa

synthèse et pouvoir ainsi prendre position plus facilement en présence de conflits, surgissant dans la conscience. Tout ceci tendrait à orienter nos efforts thérapeutiques vers des investigations psychanalytiques.

Pour des raisons indépendantes de nous, nous n'avons pas pu approfondir davantage, dans ce sens, le cas étudié. Mais en dehors des problèmes purement psychoanalytiques, notre observation nous révèle toute une série de facteurs importants qui ne sauraient rester indifférents, ni au point de vue théorique, ni au point de vue pratique.

Dès son jeune âge, des signes d'une constitution émotive se manifestent chez notre malade (inquiétude, scrupules, tendance au doute). Mais à côté, nous trouvons des éléments d'un autre ordre. Nous avons ici en vue cette rêvasserie sur laquelle insiste tant la malade elle-même et qui, en s'exagérant, peut donner naissance à un syndrome particulier, étudié récemment par MM. Claude, Borel et Robin, sous le nom de délire de rêverie ou de schizomanie, forme de passage vers les état de désagrégation schizophrénique. Il s'agirait donc ainsi d'un trait schizoïdique.

De plus, un facteur cyclique intervient dans la vie de notre malade. Tout se passe par périodes, par étapes chez elle. Des périodes d'activité alternent avec d'autres où elle se montre bien moins active. Cependant, ce facteur cyclique ne joue pas uniquement sur des éléments purs de syntonie et ne donne pas naissance à des accès caractéristiques de dépression ou d'excitation maniaque. Nous constatons bien davantage une succession de crises d'obsession et de périodes de tendances homosexuelles (sauf le cas de transfert sur le médecin traitant, après la crise de pudeur). Ce sont ces dernières périodes qui coïncident avec une activité plus grande et qui représentent pour la malade la vie normale.

Il existe un antagonisme marqué entre ces deux catégories de périodes. Ce qui sommeille au cours des unes, s'éveille au cours des autres, et ce jeu recommence toujours à nouveau.

La malade se rend parfaitement compte de cet antagonisme ; il est entièrement conscient. Il est à peine nécessaire de dire qu'il s'agit là de mécanismes d'un ordre différent de ceux qui avaient été mis en évidence par Freud dans l'inconscient. Sans se contredire, ces divers mécanismes réclament, au contraire, chacun leur place dans l'analyse psychologique d'un cas donné.

En poursuivant cette analyse, notons encore un fait important. Au cours des années, les deux périodes subissent une certaine évolution et changent d'aspect. Les tendances homosexuelles, diffuses tout d'abord, se fixent plus nettement et pour plus longtemps sur une même personne. Mais c'est surtout les crises d'obsessions qui subissent des modifications intéressantes. Le facteur émotionnel s'efface de plus en plus et fait place à des obsessions plus objectives, plus impersonnelles, plus schizoïdiques, aurions-nous envie de dire. Doutes, phobies, crise de pudeur, basée sur un sentiment net d'infériorité, obsession de jalousie à l'égard de la fille, sont remplacées, en fin de compte, par l'obsession particulière d'« écoute ».

Celle-ci se distingue de toute obsession de nature émotive, et plus particulièrement de l'hyperacousie névropathique. La malade s'en rend parfaitement compte elle-même, en opposant l'« anxiété aux bruits » à l'« obsession par les bruits ».

La façon dont la malade dépeint son trouble actuel fait nettement ressortir cette différence. Nous ne relèverons ici que les traits les plus saillants. Elle ne subit pas les bruits, mais elle les écoute. Ce n'est pas tant une hypersensibilité qu'une attitude particulière. Elle ne fait pas de différence entre les bruits forts et les bruits faibles, puisqu'elle écoute tout. Elle écoute même les bruits qu'elle produit elle-même, à la moindre action, aussi bien que les bruits venant du dehors ; sa propre personne semble ainsi se confondre avec le monde extérieur ; tout est situé sur le même plan, tout devient objectif et impersonnel. Les bruits, d'ailleurs, ne sont pas par eux-mêmes désagréables ; ce qui la tracasse, c'est de passer son temps à les écouter, au lieu de penser à autre chose. Il y a même de « bons bruits », et

ce sont justement ceux que fuit d'habitude l'hyperacoustique, comme les sons de cloches, le bruit qui se produit quand on frappe à l'improviste à la porte ou quand un objet tombe, le bruit sourd et monotone du métro. Ils sont « bons », ces bruits, parce qu'ils la remettent dans la normale, parce qu'elle est sûre que les autres les entendent comme elle. Et c'est ainsi que nous voyons l'obsession dominée, non pas par un facteur émotionnel, comme l'anxiété, mais par un facteur d'ordre logique et intellectuel. La malade ne *sait* plus ce qu'il faut entendre, ni comment entendent les autres. Elle a perdu ce sens. Elle désespère de sa guérison parce qu'elle ne pourra jamais savoir si elle entend exactement comme ses semblables. Et c'est vrai, comment le *savoir* ?

Ce « solipsisme » (1) particulier, qui ressort si nettement dans les dires de la malade, ainsi que les autres caractères de son « obsession », semble bien devoir être ramené à une rupture du contact vital avec la réalité (2). Nous rattachons, pour cette raison, cette soi-disant « obsession » aux manifestations d'ordre schizoïdique, comme nous l'avons fait précédemment, dans un cas, pour l'attitude interrogative (3).

D'autres symptômes viennent d'ailleurs à l'appui de cette conception. C'est tout d'abord cette « petitesse » des associations, dont se plaint la malade, et que nous constatons nous-mêmes ; elle ne peut être expliquée ici par un état de dépression, celui-ci n'étant guère suffisamment accentué pour pouvoir la déterminer ; nous nous trouvons bien davantage en présence d'un symptôme, dont Bleuler a souligné toute l'importance, au cours du processus schizophrénique (« Kurze Assoziationen »). Nous relevons ensuite sa plainte concernant la diminution de la faculté de sentir, plainte qu'on retrouve souvent chez certains schizophrènes, au

(1) Voir à ce sujet : H. CLAUDE, E. MINKOWSKI et M. TISON. — Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques. *Encéphale*, janvier 1925.

(2) Voir « Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants ». *Loc. cit.*

(3) E. MINKOWSKI et R. TARGOWLA. — Contribution à l'étude de l'autisme (attitude interrogative). *Ann. médico-psychol.*, 1923, n° 5.

début. Enfin, l'attitude de la malade à l'égard des médecins est également assez caractéristique. Elle en a consulté beaucoup, mais au fond elle n'a pas de préférence, aucun transfert ne se produit ; elle les situe, comme les bruits qu'elle écoute, sur le même plan, et les traite surtout en artisans de la science, appelés à « classer » son trouble, circonstance à laquelle elle attribue une très grande importance. C'est ici aussi, au fond, une attitude bien davantage rationnelle qu'affective. (Il n'est pas exclu, d'ailleurs, que le facteur homosexuel puisse être une des causes de cette attitude à l'égard des médecins).

C'est ainsi que nous voyons, chez notre malade, les périodes d'obsessions changer, avec le temps, d'aspect et revêtir de plus en plus une forme schizoïdique. Ceci concorde entièrement avec les constatations de Kretschmer. S'étant plus particulièrement attaché à l'étude des manifestations de syntonie et de schizoïdie, aussi bien dans le domaine du normal que du pathologique, il a relevé chez les schizoïdes une certaine accentuation, au cours de la vie, des facteurs schizoïdiques, au détriment des éléments de syntonie. Pour caractériser cette modification, il a introduit la notion de proportion psychesthésique (*Psychästhetische Proportion*). Notre cas vient confirmer sa façon de voir.

Certes, étant donné la constitution complexe de notre malade, cette modification ne mène pas à des états schizoïdiques purs, qui, d'ailleurs, sont rares en général, la nature ne se pliant point aux cadres fixes, établis par la science. C'est ainsi que nous retrouvons, au cours du dernier accès de notre malade, toute une série de facteurs d'ordre affectif et émotionnel. Ceux-ci semblent cependant occuper une place moins importante que lors des accès précédents ; de là le caractère plus schizoïdique du dernier. La malade se demande encore, il est vrai, si elle n'est pas trop bête pour guérir ; mais c'est à peine si ce sentiment d'infériorité se fait jour de-ci de-là, tandis qu'il intervenait d'une façon bien plus marquée lors de la crise de pudeur, au moment de la puberté.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que nous n'excluons aucunement la possibilité d'une interven-

tion psychoanalytique, dans ce cas. Une analyse psychologique complète ne peut cependant ne pas tenir compte des facteurs importants que nous avons essayé de mettre en évidence et ceux-ci, à leur tour, ne peuvent ne pas guider, en les différenciant davantage, nos efforts thérapeutiques.

OBSERVATIONS IV. — J., âgé de 18 ans, vient nous consulter au dispensaire de Prophylaxie mentale, parce que, depuis plusieurs années déjà, il est assailli la nuit par des images sadiques, accompagnées de pertes séminales, et de douleurs dans le pénis et ayant déterminé, à la longue, un état pénible d'asthénie physique et morale. Voici ce qu'il nous dit de son passé.

Son père meurt accidentellement en 1918 ; c'était un homme irritable. Sa mère a une certaine tendance à la tristesse. Il a un frère âgé de 27 ans qui est irritable, et une sœur âgée de 24 ans ; tous les deux sont plus gais que lui. Lui a plutôt le tempérament de sa mère. Le grand-père maternel a perdu la mémoire à l'âge de 70 ans. Il ne connaît pas d'autres cas de troubles mentaux dans la famille.

La famille a traversé une période très dure pendant la guerre.

A neuf ans, il entre au lycée. Il est obligé de changer deux fois d'école au cours de la guerre, pour des raisons d'ordre politique. Il obtient enfin son baccalauréat au lycée de L.

Il passait pour un enfant très doué. A l'école il est parmi les premiers jusqu'à l'âge de quinze ans. A ce moment il ressent une certaine difficulté à apprendre et cesse même de fréquenter l'école pendant un an. Il est dégoûté de l'école, trouve que tout y est réglé d'une façon trop systématique et aspire à un travail plus individuel et plus productif. A ce moment, son frère le conduit consulter un neurologiste, sa famille ayant remarqué qu'il était devenu triste et fuyait le monde. Lui, d'ailleurs, ne se sentait aucunement malade.

Il rattrape, par la suite, le temps perdu et passe son baccalauréat à l'âge de 18 ans. Il avait surtout beaucoup de goût pour les mathématiques et pour la poésie.

A l'âge de 18 ans se place une période très importante de sa vie. Tout en continuant à bien s'entendre avec ses camarades, il recherche « par principe » la solitude. Sa vie intérieure était à ce moment si riche que la société des

autres lui paraissait entièrement superflue. Ce fut la période la plus féconde et la plus heureuse de sa vie. Mais, en même temps, il se sentait poussé au suicide. En raison de la richesse de sa vie intérieure, le monde extérieur avait perdu tout intérêt pour lui. Il était envahi par des pensées tellement subtiles qu'il se sentait incapable de les traduire par des mots. Il s'étonnait comment les hommes pouvaient vivre la vie ordinaire. Il cherchait la forme parfaite de la vie. Il lisait avec enthousiasme Byron et l'Isle-Adam, trouvant surtout dans Manfred l'écho de ses propres sentiments. Actuellement il regrette cette période et croit, maintenant, qu'il était heureux, à ce moment-là ; mais, quand il la traversait, il souffrait beaucoup, ne trouvant aucune satisfaction dans la vie réelle ; il ressentait douloureusement qu'il lui manquait quelque chose.

A dix-huit ans et demi il va aux colonies, croyant que ce changement ferait disparaître les visions nocturnes dont il était obsédé. Il travaille pendant plusieurs mois comme ouvrier agricole. Mais il souffre beaucoup de la chaleur ; en plus, il contracte le paludisme. Il ne peut pas, non plus, résister au désir de poursuivre ses études. Il vient à Paris, s'inscrit à la Sorbonne, mais, pour gagner sa vie est obligé de travailler, comme ouvrier, dans une usine. Il supporte bien, au point de vue physique, ce travail, mais, au point de vue moral, la vie qu'il mène lui pèse.

Il a toujours beaucoup de goût pour la poésie. Depuis qu'il a le paludisme, il écrit des vers au cours des accès fébriles.

L'instinct sexuel s'éveille de bonne heure en lui, vers l'âge de sept ans. Des images sexuelles, bien vagues encore, surgissent dans sa conscience, à ce moment. Il se le rappelle parfaitement.

Un an après il commence à se toucher. Avec le temps, des images sexuelles viennent se joindre à ces pratiques. Les choses se passent ainsi jusqu'à l'âge de douze ans. A cette époque, il abandonne l'onanisme. Un an après débutent les accidents nocturnes qui depuis l'obsèdent et pour lesquels il vient nous consulter. Il voit, en rêve, des scènes sadiques et se réveille ensuite avec une douleur violente dans le membre. Le lendemain il se sent très fatigué, comme s'il était ivre. Ces accidents se produisent jusqu'à trois fois par semaine.

Il se fait beaucoup de reproches ; ces manifestations constituent une question de conscience pour lui. Il a sur-

tout souffert, pour cette raison, au cours de la période « heureuse » de sa vie ; la disharmonie était trop grande.

Il sait très bien que les jeunes gens ont des pertes séminales, dans des conditions plus ou moins analogues, mais il croit que chez lui il s'agit d'autre chose, que ce n'est pas un besoin naturel, mais un besoin dénaturé, étant au-dessus de ses forces, qui se manifeste ainsi. Il avait toujours la sensation qu'il y avait quelque chose d'anormal, quelque chose contre nature dans ces accidents, qu'ils étaient au-dessus de ses forces, au-dessus de ses besoins réels, comme si quelqu'un faisait violence à sa nature. Il sentait qu'il était mis en face d'un péril vital menaçant toute sa personnalité. Il a aussi, au cours des accidents, l'impression d'être défiguré, comme s'il avait une autre expression ; de là, l'idée qu'il est, à ces moments, sous l'emprise d'une force étrangère. En même temps, il ressent une douleur vive, comme si quelqu'un faisait violence à sa conscience et il se sent devenir autre, contre son gré.

Il a beaucoup changé sous l'influence de ces obsessions. Il a acquis des « signes d'impuissance », à bien des points de vue. Il est devenu, par exemple, craintif et trop humble, contrairement à ce qu'il était avant.

Il n'a jamais eu de rapports sexuels.

Il s'est beaucoup intéressé à une jeune fille, mais seulement moralement. Elle l'aimait d'amour, mais lui restait indifférent, à ce point de vue. Il pense encore souvent à elle.

Tels sont les renseignements que nous fournit J. Il parle d'une voix monotone et terne, son récit est incolore, comme s'il s'agissait non pas de lui-même, mais d'une tierce personne. La mimique est pauvre ; c'est à peine si de temps en temps nous voyons une ébauche de sourire apparaître sur son visage, et encore, ce sourire est discordant, la plupart du temps, par rapport au contenu de ses dires. Nous constatons en plus des secousses fibrillaires dans les muscles de la face. Les réactions émotionnelles sont rares. Nous n'avons que peu de contact affectif avec le malade ; un mur semble se dresser entre nous.

Nous ne le voyons plus pendant un mois. Puis, un jour, il se présente à nouveau. Il dit qu'il est guéri. *Il vient de lire l'Introduction à la psychanalyse de Freud et cette lecture a fait disparaître ses troubles*, nous déclare-t-il. Questionné à ce sujet, il nous donne quelques explications vagues sur l'influence favorable exercée par cette lecture. Il se rend compte maintenant de l'origine de ses ten-

dances sadiques. A l'âge de quatorze ans, il se croyait incapable de rapports sexuels normaux, en raison de ces tendances. L'idée de castration dans le but de se débarrasser de cette anomalie lui était venue à plusieurs reprises. Cette année, il avait rêvé qu'il perdait une dent, et ce rêve, d'après les interprétations de Freud, symbolise l'idée de castration. Il croyait qu'il s'était tellement avili par ses tendances anormales qu'aucune femme n'aurait voulu de lui. Maintenant il se sent guéri et calme et ne se considère plus comme taré, comme il le faisait avant. Si des idées sadiques l'obsèdent encore, il les termine, sans difficulté, dans son imagination, par des rapports normaux. Cependant, après chaque incident pareil, il ressent encore une douleur vive dans le crâne et est incapable de tout effort intellectuel.

A entendre le malade, son trouble essentiel consisterait en phénomènes obsédants d'ordre sexuel. Cependant, le coefficient émotionnel de ces phénomènes semble minime ; J. en parle sans résistance, d'une façon calme et objective. Et, au fur et à mesure que nous étudions le malade, le centre de gravité se déplace. Toute l'attitude du malade, les secousses fibrillaires dans les muscles de la face, les antécédents, et surtout les deux poussées de nature schizoïdique, l'une à l'âge de quinze ans et l'autre, plus forte, à l'âge de dix-huit ans, parlent nettement en faveur d'un processus appartenant au groupe des schizophréniques. Lui seul peut nous expliquer ce manque de contact affectif avec J., cet état de dislocation et d'indifférence partielle que nous constatons chez le malade. Les phénomènes obsédants ne constituent qu'un symptôme, et certainement pas le plus important, du tableau clinique que nous avons devant nous. Peut-être la personnalité schizoïdique, incapable de synthèse vitale, n'a pas su non plus intégrer au flot mouvant de l'évolution personnelle, au moment de la puberté ou même déjà avant, l'appel puissant de l'instinct sexuel. Peut-être aussi le malade, conscient partiellement de son état, a fini par fixer sur les manifestations sexuelles ce sentiment de désarroi général et cette impression pénible de ne pas être comme les autres, déterminée par la perte progressive de contact avec la vie. Peu importe. L'essentiel, pour

nous, c'est que nous nous trouvons en présence d'une schizoïdie accusée, et que les phénomènes obsédants auxquels le malade fait jouer lui-même un si grand rôle ne sont qu'un détail.

Pour des raisons exposées plus haut, un traitement psychoanalytique classique ne nous semble point indiqué.

Une circonstance encore mérite d'être discutée, ne fût-ce qu'en deux mots. Le malade, après avoir lu *l'Introduction à la Psychoanalyse*, de Freud, se dit guéri. Nous n'y verrons certes pas un fait susceptible de confirmer ou d'infirmer les conceptions de l'illustre psychiatre viennois. L'influence de cette lecture n'a pu être que superficielle ; elle n'a pu déclencher aucun des mécanismes essentiels que met à jour, souvent après un effort de plusieurs mois, la cure psychoanalytique. Tout au plus, a-t-elle donné un certain réconfort *intellectuel* à J. Ce qu'il dit d'ailleurs lui-même à ce sujet reste vague et imprécis. Et puis, et ceci est le point de beaucoup le plus important pour nous, l'attitude de notre malade, quoi qu'il en dise lui-même, ne s'est point modifiée après cette lecture. Elle reste tout aussi anormale qu'elle l'a été, et nous impose, au point de vue clinique, un diagnostic ainsi qu'un pronostic. Les quelques mois qui se sont écoulés depuis notre premier examen semblent nous donner raison. Tout en restant débarrassé de ses obsessions sexuelles, J. ne se montre guère plus adapté à la vie réelle.

Nous avons essayé ainsi d'étudier, à l'aide de quelques exemples, les problèmes importants dont nous avons parlé au début de ce mémoire. En raison même de la complexité de ces problèmes, nous n'avons pu le faire que d'une façon fragmentaire. De longues recherches sont encore nécessaires pour arriver à la précision voulue. Aussi, nous sera-t-il donné peut-être de revenir un jour sur le même sujet.

PENSIONS MILITAIRES POUR TROUBLES MENTAUX ANTÉRIEURS A LA GUERRE

Par E. MARTIMOR

On peut discuter la légitimité de nombreuses pensions de guerre pour troubles mentaux. Néanmoins, l'étiologie de la plupart des psychoses est encore mal connue — surtout en ce qui concerne les causes adjuvantes — et il est juste que l'aliéné bénéficie de ce doute, lorsque l'affection dont il est atteint a débuté aux armées.

Il n'en est pas de même pour les psychoses antérieures à l'incorporation et dont l'évolution s'est poursuivie normalement à la caserne ou au front. Dans ces cas, où la guerre doit évidemment être mise hors de cause, des pensions militaires ont cependant été attribuées assez souvent. Il s'agit en général de débilés, de déments précoces, d'alcooliques dont les anomalies psychiques n'étaient pas suffisamment accentuées pour rendre évidente dans le civil leur inadaptabilité sociale. A la caserne ou au front, au contraire, les exigences de la discipline, le voisinage de l'ennemi faisaient apparaître rapidement le caractère antisocial de réactions et d'impulsions morbides considérées auparavant (et souvent à tort) comme des excentricités inoffensives. L'introduction de tels sujets dans l'armée a donc déterminé leur internement. De là à attribuer au service militaire la cause des troubles mentaux, il n'y avait qu'un pas ; il a été franchi quelquefois, ainsi que le montrent les observations qui vont suivre. Pour choisir ces observations, nous avons examiné tous les aliénés pensionnés de guerre internés à l'Hospice de P. et leurs dossiers.

Ces aliénés sont au nombre de 24. Or, d'après les renseignements que nous possédons, nous croyons pouvoir affirmer que sept d'entre eux (pourvus de pensions variant entre 3.000 et 3.600 fr.) présentaient avant la guerre des troubles mentaux analogues à ceux qui ont motivé leur réforme.

Nous résumerons brièvement l'histoire clinique de chacun de ces derniers malades :

I. — Louis Lel..., actuellement âgé de 26 ans, fils d'alcooliques est un débile mental amoral, instable, irritable et impulsif, qui, dès son enfance, s'est montré indocile et violent. Dans son adolescence, il commet plusieurs délits absurdes (vol, puis abandon de voiture, grivèlerie sans besoin, etc...), délits qui motivent sa détention dans une maison de correction. Les personnes qui l'ont connu avant la guerre l'ont toujours considéré comme un « esprit faible », un « déséquilibré ». Il n'a jamais pu apprendre un métier.

Lorsqu'il est appelé sous les drapeaux, son déséquilibre mental continuera naturellement à se manifester. C'est ainsi qu'en 1916, deux mois après son incorporation, il passe en conseil de guerre pour refus d'obéissance (un an de prison avec suspension de peine).

Au début de 1918, il déserte au retour d'une permission dont il a jugé la durée insuffisante. Arrêté peu de temps après et sur le point d'être traduit à nouveau en conseil de guerre, il invoque une méningite qu'il aurait eue à l'âge de 4 ans. Il est aussitôt mis en observation à l'asile de Dury-lès-Amiens d'où il est, à la suite du bombardement de la région, évacué sur l'asile de Quatre-Mares. Transféré en novembre 1918 dans un asile de son département, il y arrive après avoir échappé en cours de route à ses infirmiers. Aucun renseignement médical ne l'accompagne. Nous ignorons pour quel motif ses troubles mentaux ont été attribués à une commotion et ont motivé une pension de 100 0/0.

Pendant son séjour dans notre établissement où il a été transféré le 3 octobre 1923, Lel... reste assez calme sauf quelques querelles pour des motifs futiles et une tentative d'évasion. Sa conduite, ses discours sont puérils, ses projets instables.

II. — Emile Ti..., 31 ans, est un débile mental, qui d'après les renseignements que nous possédons, s'est tou-

jours montré déséquilibré et instable, ne restant jamais longtemps dans le même emploi, se séparant de ses patrons sous l'influence de vagues idées délirantes de persécution. Incorporé le 11 octobre 1913, il est classé dans le service auxiliaire le 20 mai 1914 pour « faiblesse intellectuelle et bégaiement » et réformé n° 2 le 17 mai 1915 pour « débilité mentale ». Le 27 septembre 1921, il est arrêté pour vagabondage et envoyé à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police où M. le Dr de Clérambault rédige le certificat suivant : « Débilité mentale, alcoolisme, confusion légère, euphorie, aisance. Pouls : 112. Sueurs, odeur éthylique. Vagabondage de fait avec des ressources pécuniaires. Déjà traité durant la guerre (débilité, tendance mégalomane). Par la suite, Ti... se voit gratifié d'une pension de 3.360 fr.

La confusion, les symptômes d'alcoolisation récente ont disparu actuellement. La débilité mentale persiste avec de la puérilité, des perversions instinctives sexuelles, des accès épisodiques d'excitation, qui nécessitent le maintien du malade à l'asile.

III. — Jules Ro... 39 ans, charpentier, porteur de gros stigmates de dégénérescence, était, nous dit une enquête de gendarmerie, « connu de tous les voisins, avant l'incorporation, comme ne jouissant pas de toutes ses facultés, surtout quand il avait bu ; il tirait des coups de fusil sans savoir pourquoi ». Mobilisé, il est évacué des armées pour « troubles mentaux » en 1915 ; traité à Bordeaux, puis renvoyé à son dépôt où il ne peut être utilisé, même pour des gardes ou des corvées, à cause de ses excentricités et de son exaltation. En 1918, il est réformé avec pension de 100 0/0. Actuellement il se présente comme un gros débile indifférent et inerte d'une façon habituelle, mais susceptible de réactions dangereuses pour des motifs futiles.

IV. — Emile Fo..., 44 ans, tisserand, a toujours été considéré par son entourage comme un déséquilibré : « Il ne travaillait pas régulièrement, dit un de ses patrons, et, quand il était pris de boisson, ce qui lui arrivait fréquemment, il était dangereux. » Des voisins signalent en outre « des tares dans la famille de sa mère ». En avril 1913 il est condamné à deux mois de prison pour coups et blessures.

Mobilisé au début de la guerre, il est envoyé au front en septembre 1914, fait prisonnier peu de temps après, rapatrié en 1916 et interné à l'asile de Bron avec le diagnos-

tic : « alcoolisme chronique avec état démentiel » (Dr J. Lépine).

Fo... présente actuellement un état mental fréquent chez les vieux alcooliques : tassement intellectuel, indifférence, activité relativement conservée, excitation par moments, quelques hallucinations de l'ouïe, idées délirantes vagues, niaises, instables, sans tendance à la systématisation (est en correspondance avec Guillaume II, est « passé roi en 1918 », ect...)

V. — Joseph Boi... 52 ans, charron, présente d'assez gros stigmates de dégénérescence ; il a toujours été considéré comme un déséquilibré et, de l'aveu de sa femme, manifestait déjà avant la guerre des idées de persécution à l'égard de son entourage. Il faisait de nombreux excès alcooliques. Ces excès ont continué pendant la guerre et ont déterminé en juillet 1917 son hospitalisation au Centre de Psychiatrie de Nantes, puis son internement. Il a été transféré de Nantes à P. le 10 octobre 1917 avec le certificat suivant du Dr Benon : « Ethylisme chronique avec accidents cérébraux subaigus. Etat actuel : syndrome hallucinatoire, hallucinations de l'ouïe très actives. Illusions et interprétations fausses. Idées de persécution et de jalousie. Agitation anxieuse par moments. »

L'état mental ne s'est guère modifié depuis 1917. Aucune tendance à la systématisation du délire. Quelques idées absurdes de grandeur.

VI. — Louis Bl... 39 ans, manœuvre, est atteint de démence paranoïde évoluant sur un fond de dégénérescence mentale (hérédité morbide collatérale). Indifférence affective, inactivité, réponses au hasard, monologues incohérents, hallucinations de l'ouïe, idées vagues et absurdes de persécution.

Cette affection a débuté en 1913 par des bizarreries de caractère, des idées d'influence mal systématisées, le tout accompagné d'excès alcooliques. Une enquête de gendarmerie a recueilli en effet les renseignements suivants :

« J'ai eu, dit M. D., à mon service pendant 3 mois, fin 1913 et commencement 1914, Bl. Louis ; il travaillait assez bien, mais avait réellement des idées de folie. Au cours de ses tournées il portait sur lui une bouteille d'eau bénite pour conjurer les sorts. Après son départ de chez moi, je l'ai rencontré plusieurs fois et il me disait que je l'avais ensorcelé qu'il fallait que je lui paie un verre et que tout serait fini. Il a dit à plusieurs personnes que, lorsqu'il me rencon-

trerait, il me tuerait. Cet homme est réellement fou. » Un autre patron fournit des renseignements analogues :

« A chaque instant Bl. nous répétait qu'il avait été ensorcelé par M. D. chez lequel il avait été employé précédemment et ceci au sujet de sa fille que ce dernier avait refusé de lui donner en mariage. Il est parti de chez moi en février 1915 parce que je n'étais pas satisfait de ses services et que j'avais peur qu'il fasse du mal à mes enfants, car, quand il avait bu, ce qui lui arrivait fréquemment, il devenait brutal, notamment quand on lui tenait tête ». Un frère du malade a été interné en 1911 pour débilité mentale avec crises convulsives.

VII. — Eugène Pa., 42 ans, cultivateur, était considéré avant la guerre (d'après une enquête de gendarmerie comme un déséquilibré faisant de grands excès de boisson à la suite desquels il présentait des troubles mentaux (agitation, actes extravagants, idées de persécution). Plusieurs membres de sa famille ont été traités dans des asiles d'aliénés. Lui-même a été interné six fois pendant la guerre pour des accidents d'alcoolisme subaigu analogues à ceux qu'on avait constaté avant sa mobilisation. Peu de service actif. Aucun séjour au front. Il a été mis en liberté le 14 février 1924, complètement guéri des troubles mentaux d'origine éthylique qu'avaient motivé son dernier internement.

Ainsi qu'on a pu le voir, les malades qui font l'objet de ces observations se sont vu attribuer des pensions militaires pour des psychoses antérieures à la mobilisation et dont l'évolution n'a pas été modifiée par la présence de l'intéressé sous les drapeaux. Lel. et Ti. sont des débiles instables et pervers, qui avaient fait leurs preuves dans le civil et qui ne sont pas sortis de l'armée plus anormaux qu'ils n'y étaient entrés. Ro. et Bl. se présentent comme des déments précoces avec appoint alcoolique, ayant déjà manifesté avant la guerre ces idées délirantes mal systématisées et ces bizarreries de caractère si fréquentes au début de l'hébéphrénocatatonie. Enfin, Boi. Fo. et Pa. étaient connus de longue date comme des alcooliques sujets à des accès subaigus avec idées délirantes instables de persécution. Les deux premiers ont évolué vers la chronicité. Pa., au contraire, redevient à

peu près normal après quelques mois de sevrage. Il a déjà fait six récidives.

Nous avons choisi les sujets de nos observations parmi les malades dont les troubles psychiques étaient nettement signalés avant la guerre. Il en est d'autres pour lesquels ces antécédents, sans être explicitement mentionnés, apparaissent comme très probables. Tel ce sergent réserviste To., qui, le 10 août 1914, six jours après sa mobilisation, entre à l'Asile d'Auxerre, où M. le Dr Loup voit se dessiner un début de démence précoce (pronostic confirmé par la suite). Aucun renseignement impartial n'a pu être recueilli sur l'état mental du malade dans le civil. Nous citerons encore Ler., débile mental avec syndrome hétérophrénocatatonique, considéré avant la guerre comme un faible d'esprit, ayant encouru quatre condamnations pour vols de 1906 à 1909 ; enfin Mar., débile hypomaniaque avec stigmates de dégénérescence, dont un oncle maternel a été interné et qui a fait lui-même un accès maniaque à forme dipsomaniaque vers sa vingtième année. De tels antécédents permettent de supposer que les troubles mentaux causes de l'internement pendant la guerre seraient aussi bien survenus en temps de paix. Néanmoins, nous ne ferons pas état de ces probabilités, nous en tenant aux certitudes fournies par les observations précédentes.

Ces observations ne nous induisent nullement à suspecter la compétence des experts qui ont examiné nos malades. Ces praticiens, malgré l'insuffisance des renseignements dont ils disposaient, se sont rendu compte de la non-imputabilité des troubles mentaux et l'ont même parfois indiquée dans leurs conclusions.

Nous avons voulu simplement signaler que parmi les pensionnés de guerre d'un asile d'aliénés près d'un tiers ont été réformés pour des psychoses contractées avant la mobilisation et non modifiées par les événements militaires.

Il serait intéressant de rechercher si la même proportion existe dans d'autres asiles.

Documents Cliniques

ETATS DE DÉPRESSION ET CARRIÈRE MÉDICALE

Par le Dr A. STAROBINSKY (Genève)

Les états de dépression sont-ils plus fréquents dans la carrière médicale que dans les autres professions ? Certes, il est difficile de répondre à cette question sans s'entourer des données statistiques précises. Cependant, il existe dans la profession médicale des causes multiples qui, en agissant sur un terrain prédisposé, favorisent l'éclosion des états dépressifs neurasthéniques ou mélancoliques et qui conduisent souvent ceux qui en sont atteints aux toxicomanies ou au suicide.

Les « Mémoires d'un médecin » du romancier russe Véressaïeff mettent en relief toutes les difficultés que rencontre, sur son chemin, un médecin débutant.

Dans la présente note, nous désirons simplement publier la lettre d'un médecin neurasthénique qui décrit toutes ses tribulations, toutes les difficultés de son existence. Nous publions ce document psychologique sans y apporter la moindre modification.

« Diverses demandes m'ont empêché de répondre plus tôt à votre demande d'acteur pour cinéma. Veuillez m'excuser. J'ai 59 ans ; je suis docteur en médecine en retraite. J'ai plusieurs fois joué et récité dans des salons ; je me souviens encore de 4 ou 5 pièces de vers que je pourrais réciter devant vous, entre autres la tirade des nez de Cyrano, les Djinns de V. Hugo, histoire ponctuée, etc..

« Mais je voudrais surtout vous proposer un sujet de pièce à faire, qui n'a jamais été traité que je sache, au théâtre ni au cinéma, mais qui cependant est dramatique et palpitant d'intérêt ; je peux dire

« d'ailleurs que je l'ai vécu et dans le sujet, tel que
 « je vais vous l'exposer, il n'y a rien de fantaisiste ;
 « on pourrait l'intituler : *les tribulations d'un méde-*
 « *cin neurasthénique*. Son père, médecin de campagne,
 « sans fortune, travaille dur pour élever ses trois gar-
 « çons et leur donner une instruction et une situation
 « convenables ; il y réussit d'ailleurs, mais avec peine
 « et au prix de mille privations ; il contracte d'ail-
 « leurs la diphtérie en soignant un petit enfant atteint
 « de croup. A cette époque, on ne connaissait pas le
 « sérum ; il appelle auprès de lui son fils, étudiant
 « en médecine, et celui-ci contracte la terrible mala-
 « die ; ils en guérissent tous deux ; mais le père en
 « garde un germe qui le tuera quelques années plus
 « tard, et le fils conserve une faiblesse généralisée qui
 « l'entravera dans sa carrière. Il ne faut pas croire
 « que la vie de tout étudiant en médecine est une vie
 « de noces. Il y a tant à apprendre que, s'il veut tra-
 « vailler consciencieusement et devenir un médecin
 « capable, il n'a pas le temps de s'amuser. Les études
 « médicales sont d'ailleurs longues, difficiles, ingrates
 « et pénibles. Au début, il faut disséquer des cada-
 « vres, plusieurs heures par jour ; cela est répugnant ;
 « au bout de plusieurs semaines, on n'est pas encore
 « habitué ; c'est aussi très dangereux, car on se fait
 « inévitablement nombre de piqûres dites *anatomiques*,
 « que le traitement ne guérit pas toujours ; on en
 « meurt parfois, soit en quelques jours, soit au bout
 « de plusieurs années, le mal ne s'étant assoupi que
 « pour mieux se réveiller, c'est ce qui est arrivé à
 « l'un de mes camarades ; ses piqûres anatomiques
 « avaient produit des clous ou tubercules qui ne vou-
 « laient pas guérir ; il les brûle au fer rouge ; ils gué-
 « rissent, mais le sang était empoisonné ; 15 ans plus
 « tard, il était emporté par une fièvre de consommation.
 « Puis le jeune étudiant va à l'hôpital, où il voit de
 « près les misères et les souffrances humaines ; il
 « assiste à d'horribles opérations ; pendant longtemps,
 « il ne peut y assister jusqu'à la fin ; en plus, la méde-
 « cine est chose tellement compliquée, touffue, éten-
 « due, que l'étudiant n'y comprend rien pour commen-

« cer ; il se demande avec effroi si jamais il arrivera
 « à s'assimiler l'effroyable somme de connaissances
 « exigées. Survient une crise de découragement à
 « laquelle bien peu échappent ; quelques-uns, rebu-
 « tés, abandonnent la médecine ; beaucoup conti-
 « nuent, mais ne feront jamais que de piètres méde-
 « cins ; d'autres enfin triomphent de ce moment de
 « faiblesse et prennent goût à leurs études pour les-
 « quelles ils finissent par se passionner, c'est ce qui
 « arriva au médecin de ce film.

« Mais une fois docteur, il s'aperçoit que les diffi-
 « cultés ne font que commencer. La carrière étant
 « encombrée, il est difficile de trouver une clientèle ;
 « on cherche à s'en créer une ou à succéder à un
 « médecin connu ; mais la clientèle de celui-ci est
 « rarement fidèle à son successeur et, dans tous les
 « cas, le débutant doit peiner de longues années avant
 « d'avoir une situation suffisante. Pour quelques-uns
 « qui réussissent brillamment, beaucoup n'y arrivent
 « jamais et, comme le médecin doit tenir un certain
 « rang, c'est la misère dorée, beaucoup plus répandue
 « qu'on ne croit, à cause, j'insiste là-dessus, du *trop*
 « *grand* nombre de médecins. C'est une erreur très
 « répandue dans le public que tout médecin gagne
 « largement sa vie. Le public ne sait pas combien les
 « études sont longues et coûteuses, combien il faut
 « d'argent pour s'établir, acheter des livres de méde-
 « cine, des instruments de chirurgie, s'abonner à des
 « publications médicales, et puis on *tape* le médecin
 « pour les œuvres de bienfaisance, sans compter que
 « le médecin paie tout plus cher que tout autre. Aussi,
 « on ne peut se douter des angoisses du médecin à
 « clientèle insuffisante, ce qui est le cas du plus grand
 « nombre. Rongé d'inquiétude dans une demi-oisiveté
 « forcée, il se demande avec angoisse si le client va
 « venir, il se demande s'il pourra faire face à ses
 « échéances ; et même quand il aura *trimé dur*, qu'il
 « aura donné sans compter son temps, sa peine, sa
 « science, son travail, tout son cœur et toute son âme,
 « quand sera-t-il payé ? Et même sera-t-il payé ? Que de

« gens exploitent le médecin, rognent sur sa note, même
 « s'ils ne la trouvent pas exagérée et s'ils sont satis-
 « faits des soins donnés, ou même ne le paient pas
 « du tout si ce n'est par des injures et des calomnies!
 « Je n'invente rien, je vous prie de le croire. Avec
 « cela, le public est excessivement exigeant ; il n'ad-
 « met pas que le médecin ne se dérange pas à la
 « minute même où l'on appelle, que ce soit midi ou
 « minuit, ou l'heure du repas du soir après une jour-
 « née excédante ; et cependant, la plupart du temps,
 « ces visites instantanées pourraient être retardées
 « sans inconvénients, de quelques heures ; presque
 « toujours le malade est atteint depuis plusieurs jours
 « quand il *appelle le médecin pour la première fois*.
 « Un malade atteint de ver solitaire, le rend au milieu
 « de la nuit ; il appelle *aussitôt* le médecin pour savoir
 « s'il a rendu la tête. On se dit encore : « Le médecin
 « a vite fait de gagner son argent. » Mais on ne fait
 « entrer en ligne de compte ni les gros frais de 6 à
 « 7 ans d'études, ni les frais de déplacement ; on ne
 « se doute pas non plus que, la visite finie, le méde-
 « cin, s'il est consciencieux, songe encore à ses mala-
 « des gravement atteints ; il y songe le jour, la nuit,
 « cette préoccupation le poursuit, il se demande s'il
 « ne s'est pas trompé dans le diagnostic ou dans le
 « traitement. C'est que la médecine n'obéit pas à des
 « règles fixes ; il faut étudier, juger chaque cas par-
 « ticulier ; l'erreur est fréquente et ici l'erreur peut
 « coûter la vie d'un homme. Quelle responsabilité pour
 « le médecin ! Aussi, chaque examen de malade est
 « un travail cérébral intense, qui ne paraît pas au
 « dehors. Et le public ne se fait pas la moindre idée
 « du surmenage physique, intellectuel et moral auquel
 « est soumis le médecin ; ajoutez que, pour peu qu'il
 « ait quelque clientèle, il n'a pas un jour de repos ;
 « on exige sa présence le dimanche, le premier jan-
 « vier, le jour de Pâques, etc., etc., comme souvent il
 « est mal payé, il peut se faire qu'il ait beaucoup de
 « travail et qu'il gagne peu. Aussi, il s'use et c'est la
 « profession médicale qui fournit le plus de neuras-

« théniques. Un ouvrier a ses heures de repos, au
 « cours desquelles il ne se dérangera pas ; mais le
 « médecin n'a pas d'heure de repos dont il soit sûr et
 « si, épuisé, il refuse de se déranger, on le traite
 « d'assassin. Enfin, le médecin est plus exposé que
 « quiconque à contracter des maladies contagieuses et
 « c'est une erreur de croire qu'il résiste mieux qu'un
 « autre à la contagion ; les médecins meurent en
 « grand nombre victimes de grippez, pestes, fièvres,
 « choléra, diphtérie (du moins avant l'invention du
 « sérum) ; chaque année, des médecins prennent la
 « syphilis en examinant des malades ou des abcès
 « infectieux qui empoisonnent leur sang et les tuent.
 « Aussi, je ne comprends pas pourquoi il y a tant de
 « jeunes gens qui veulent faire leurs études médica-
 « les ; ils ignorent les souffrances et les déceptions qui
 « les attendent ; ce serait une œuvre bienfaisante que
 « de prévenir le public à cet égard. Le médecin n'a
 « même pas pour se consoler la reconnaissance des
 « malades qui, au contraire, se montrent ingrats la
 « plupart du temps et changent de médecin comme
 « de chemise, même d'un médecin dont ils sont
 « contents qui, ils le reconnaissent, leur a sauvé la
 « vie ; et chose incroyable mais vraie et dont je
 « pourrai vous fournir plusieurs exemples, ce n'est
 « pas toujours le médecin le plus consciencieux, le
 « plus habile, le plus instruit, celui qui guérit le plus
 « ses malades qui a le plus de clientèle, mais c'est le
 « plus charlatan ; on sauve la vie à un malade, il le
 « reconnaît, et à la maladie suivante, il prend un
 « autre médecin.

« Et je ne parle pas des cabales qui se montent
 « contre les médecins pour raisons politiques ou reli-
 « gieuses ; j'ai à ce sujet des faits effrayants ! Pour le
 « cinéma, ce sont des exemples qui comptent et font
 « impression et je peux vous fournir une multitude
 « d'exemples authentiques pour illustrer tout le
 « tableau de la vie médicale.

« Plus qu'un autre peut-être, j'ai subi toutes les
 « épreuves dont je viens de parler. Résultat : je suis

« devenu neurasthénique à 39 ans et j'ai dû quitter
 « la clientèle et même ma famille, et vivre seul ; on
 « me devait 25.000 francs qu'on aurait pu me payer et
 « je n'avais pas 6.000 francs à moi. Ma femme, qui
 « avait son brevet supérieur, a dû se placer comme
 « institutrice dans une famille ; si nous avions eu des
 « enfants, c'eût été la misère complète.

« On se moque, dans le public, de la neurasthénie ;
 « maladie imaginaire, dit-on ; or, rien n'est plus
 « effroyable que la situation d'un neurasthénique. Cette
 « maladie est un épuisement du système nerveux avec
 « intégrité des organes, de sorte que le malade a tou-
 « tes les apparences de la santé et qu'il n'a aucune
 « force ; c'est pour cela qu'on le traite de malade ima-
 « ginaire ; et le malheureux qui voit qu'il n'en est rien,
 « qu'il est incapable de faire une besogne même facile,
 « qu'il s'épuise et tombe dans un degré de faiblesse
 « incroyable s'il s'efforce de réagir et de travailler,
 « le malheureux, dis-je, tombe dans le désespoir de
 « se voir incompris ; il réclame des soins qui le gué-
 « riraient et on les lui refuse sous prétexte qu'il n'est
 « pas malade. Dire à un neurasthénique qu'il se porte
 « bien, c'est l'énervier et aggraver son mal ; or, c'est
 « ce qu'on ne cesse de lui dire, surtout dans sa
 « famille, de sorte que la famille du neurasthénique,
 « avec les meilleures intentions, est son plus grand
 « ennemi. Ce qui caractérise encore la neurasthénie,
 « c'est que le malade est incapable de faire les choses
 « les plus simples, les plus faciles : lire son journal,
 « écrire quelques lignes, faire quelques pas, écouter
 « quelques minutes de conversations, parler, manger,
 « digérer un peu de lait ou des aliments les plus
 « digestes et s'il s'efforce de le faire, il retombe plus
 « bas qu'auparavant, sans compter des douleurs de
 « tête, des insomnies terribles, une sensation d'épuise-
 « ment perpétuel extrêmement pénible. Le malheu-
 « reux est dans un trou noir dont il n'a aucune espé-
 « rance de sortir, car tous ses efforts n'aboutissent qu'à
 « l'enfoncer encore davantage ; il subit un supplice
 « perpétuel, accru par la plus petite contrariété, la

« plus petite émotion, lesquelles ne lui sont pas épar-
 « gnées, au contraire. Souvent, il sait que telle chose
 « lui ferait du bien, *il n'a même pas la force de la*
 « *demander* ; il sait d'ailleurs qu'elle lui serait refu-
 « sée. Quoi d'étonnant qu'il y ait si peu de neuras-
 « théniques qui guérissent, qu'il y en ait tant qui se
 « suicident !

« J'ai passé pendant *quinze ans* par toute cette série
 « d'épreuves à un degré inusité. Un peu de bruit dans
 « le jour me rendait malade ; la nuit, les chats, les
 « chiens, les passants, les voisins de chambre, la
 « pluie, le vent me réveillaient et alors c'était une
 « aggravation de la maladie ; pour dormir, j'ai dû
 « m'abreuver de chloral pendant 3 ans et ce chloral me
 « rendait malade ; si je n'en prenais pas, j'étais encore
 « plus malade. J'ai dû matelasser portes et fenêtres,
 « m'isoler, vivre à la campagne, dans les bois ; j'étais
 « devenu si susceptible que la fumée des villes, d'une
 « lampe à alcool ou à pétrole, d'une bougie, d'une
 « automobile qui passe ou le voisinage de fumier me
 « rendaient malade, m'abrutissaient, m'enlevaient la
 « mémoire au point d'empêcher toute lecture. J'ai dû
 « vivre dans une cabane en bois, sans feu ni lumière,
 « même en hiver (sur la côte d'Azur, il est vrai), on
 « m'apportait de la ville mes repas et je couchais dans
 « des peaux de moutons, à grands renforts de bouil-
 « lottes ; avec cela, exploité par cupidité et aussi par
 « méchanceté à cause de ma faiblesse même, mal soi-
 « gné, atteint un jour d'albuminurie, isolé en pleine
 « campagne, ne pouvant obtenir ce qui était néces-
 « saire à ma guérison, je ne sais comment j'ai sur-
 « vécu. J'ai dû changer de demeures plus de 30 fois ;
 « j'ai habité un peu par toute la France, j'ai été en
 « Corse pour trouver la guérison : partout j'ai été
 « exploité. Et même à 5 ou 6 reprises, on m'a empoi-
 « sonné à l'arsenic mêlé à mes aliments, non pas pour
 « me tuer, mais pour me réduire à l'impuissance,
 « m'obliger à rester couché, afin de pouvoir m'exploit-
 « ter et me prendre jusqu'à mon dernier centime.
 « Médecin, je m'en apercevais bientôt et alors je par-

« tais immédiatement, malgré mon état de faiblesse,
 « en fiacre, errant à l'aventure, à la recherche d'une
 « maison isolée, sans bruit, parfois en plein hiver.
 « Cinq ou six fois ces empoisonnements m'ont empê-
 « ché de guérir ; si je ne suis pas mort 20 fois pour
 « ce motif-là ou pour d'autres, c'est grâce à mon éner-
 « gie. Exemple : une certaine année, du 1^{er} juillet au
 « 29 janvier, j'ai pris tous les jours, quelque temps
 « qu'il fasse, même à 7 heures du soir quand la marée
 « l'exigeait, un bain de mer dans la Manche. J'ai
 « pendu la chatte qu'une vieille mégère faisait exprès
 « de laisser la nuit dans la maison pour que ses miau-
 « lements me réveillent. J'ai été dans des situations
 « critiques dont je suis sorti je ne sais pas comment.
 « Pour comble de malheur, ma famille refusait de
 « croire à ma maladie et, au lieu de m'aider, contri-
 « buait à aggraver mon état. Je passe sur une multi-
 « tude incroyable d'avatars, de mésaventures, de fata-
 « lités, d'aggravations subites et imprévues, survenant
 « pour des riens, ou par suite de l'imbécillité ou de
 « la méchanceté des gens.

« Supposons maintenant ceci : Un médecin neuras-
 « thénique obligé, par la maladie, de fuir sa famille,
 « de vivre seul, est deshérité par sa mère à qui, à
 « l'époque où il était bien portant, il a sauvé la vie
 « par ses soins médicaux, le médecin habituel ne
 « comprenant rien à cette maladie. Deshérité aussi
 « par son oncle à qui il avait rendu des services médi-
 « caux. Pourquoi ? Parce que ses frères, profitant de
 « son absence — les absents ont toujours tort — l'ont
 « desservi dans l'esprit des siens, disant qu'il perdrait
 « tous les biens qu'on lui laisserait parce qu'il ne
 « saurait pas les gérer. Et alors, on lui laisse une rente
 « viagère insuffisante, alors qu'il aurait besoin du
 « capital ; c'est miracle qu'il s'en tire. D'ailleurs, ses
 « frères perdent une partie de leurs capitaux tandis
 « que lui, neurasthénique, considéré comme fou, fait
 « fructifier les siens. Vrai ou faux, très vraisem-
 « blable en tout cas, cet épisode ferait impression sur
 « le public. »

Cette lettre présente un grand intérêt à plusieurs points de vue. Elle relève tout d'abord les difficultés et la longueur des études médicales, la « misère dorée » d'un médecin sans clientèle, les fatigues sans nombre, les dangers de la profession médicale, l'absence de reconnaissance de la part des malades. Elle se termine par la description des souffrances endurées par les neurasthéniques. Cet état de neurasthénie s'est compliqué, chez l'auteur de la lettre, par un état paranoïaque, car notre malade s'est imaginé qu'on voulait l'empoisonner pour l'empêcher de guérir.

C'est cet état paranoïaque qui a, peut-être, joué un rôle néfaste dans l'évolution de la carrière médicale de l'auteur de la lettre, car dans aucune profession, l'équilibre moral n'est aussi nécessaire que dans la profession médicale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 23 FÉVRIER 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

MM. X. Abély, Frantz Adam, Allamagny, Dabout, Demay, Eissen, Hamel, Petit, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 26 janvier 1925.

Plusieurs cas de pyromanie chez des aliénés sortis ou évadés des Asiles. — De l'utilité de la création du carnet médical individuel de l'aliéné et du fichier central.

Par le D^r E. DABOUT.

L'année dernière, j'ai déjà eu l'honneur de faire à la Société médico-psychologique deux communications dans lesquelles je rapportais des cas d'homicides commis par des aliénés remis prématurément en liberté. J'ai apporté dans une autre communication à la Société de médecine de Paris, d'autres cas d'homicides ou de délits imputables à des aliénés sortis des asiles.

A l'occasion de la publication de ces actes délictueux commis par des aliénés non-guérés, la société médico-psychologique avait bien voulu mettre à son ordre du jour, l'étude de la création d'un carnet médical pour les aliénés et de l'établissement d'un fichier central.

Cette question est restée en suspens, il serait utile de la reprendre et de la solutionner.

Le nombre d'aliénés remis prématurément en liberté ou sortis par évasion est considérable, et je vous apporte aujourd'hui une série d'incendies volontaires à répétition, allumés par quelques-uns de ces aliénés, incendies qui ont été la cause de la ruine de braves gens qui avaient peiné toute leur vie pour amasser un capital foncier.

Les cas de pyromanie sont assez rares dans les grandes villes. La couleur du délire est empruntée au milieu où vit le délirant. Les obsessions et les impulsions sont conditionnées par la connaissance des choses que peut avoir le sujet, par l'habitude qu'il a de se servir de ces choses. Le suicide se réalise à Paris, maintenant, par la projection sous une rame du métropolitain ; la défénestration du haut de l'Arc de Triomphe ou de la Colonne de la Bastille devient exceptionnelle, alors qu'il y a 30 ans elle était fréquente. L'homme de champ, en état de délire ou d'obsession, oriente son délire vers les choses de la terre, l'eau et le feu : le pyromane est généralement un terrien et c'est dans nos campagnes que nous aurons malheureusement à étudier ces dégénérés, metteurs d'incendies à répétition.

Je vous citerai le cas personnel d'un nommé A..., âgé de 58 ans, berger, qui à la suite d'incendies volontaires, a été interné une première fois le 5 juillet 1902 à l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, jusqu'au 13 juin 1905.

Le certificat de 24 heures, qui m'a été communiqué par notre confrère M. le Dr Pezet est ainsi libellé : « Le nommé A. est atteint d'aliénation mentale caractérisée par de la dégénérescence physique et morale, c'est ainsi qu'il présente des malformations craniennes telles qu'aplatissement de l'occipital, notamment de la profondeur de la voûte palatine et par des impulsions ; c'est ainsi qu'il ne sait ce qu'il fait quand il a la fièvre palustre qu'il a éprouvée pendant son séjour en Afrique. A mis le feu déjà plusieurs fois ; placé en

vertu d'un arrêt de non-lieu rendu sur le vu d'un rapport médico-légal. »

Le certificat de quinzaine (20 juillet 1902) dit que A. est atteint de dégénérescence physique et morale. Sujet à des impulsions sous l'influence du paludisme, a eu une très légère atteinte de fièvre. Cet état mental justifie son maintien.

Le certificat de sortie, en date du 7 juin 1905, déclare que A. est dans un état mental satisfaisant. Il est calme et s'occupe régulièrement depuis longtemps, en conséquence, il doit être rendu à la vie privée.

Sorti le 13 juin 1905 par guérison.

A la suite de son arrestation pour un nouvel incendie allumé par lui, A. est arrêté au début de 1911, et, à la suite d'une nouvelle ordonnance de non-lieu, il est placé à nouveau à l'asile de Châlons-sur-Marne, le 2 mai 1911.

Le certificat de 24 heures, du 3 mai 1911, communiqué par M. le Dr Pezet, médecin-chef de l'asile, est ainsi libellé :

« Le nommé A. est un dégénéré sujet à des impulsions à l'incendie, vient de la prison d'Épernay où il a été l'objet d'un examen médico-légal, qui a conclu à son internement dans un asile d'aliénés; avait allumé à Marcilly-sur-Seine un incendie dont il n'avait gardé aucun souvenir. Avait déjà fait à l'asile de Châlons un séjour de trois ans à la suite de circonstances analogues. Ces impulsions à l'incendie paraissent en rapport avec des accès de fièvre, contractée en Afrique. Cet état mental justifie son placement. »

Certificat de quinzaine (17 mai 1911) : « A. est tranquille depuis son entrée à l'asile, plutôt déprimé et affaibli surtout depuis trois jours; en effet, avant-hier, a eu un accès de fièvre avec sueurs profuses, céphalalgie, mauvais état gastro-intestinal, vomissements. Cet état est dû à son affection paludéenne chronique, mais ne s'est pas accompagné de troubles cérébraux. Doit être maintenu en traitement. »

A. s'évade de l'asile, le 14 mai 1914, trois années après son nouvel internement. La police a-t-elle été

prévenue ou non de cette évasion, l'aliéné est en liberté. Il reprend par intermittence sa profession de berger, s'occupe de travaux agricoles. Il n'est pas marié et va dépenser ses gains à la grande ville. Il s'enivre fréquemment et l'intoxication alcoolique provoque des réactions violentes, impulsives. C'est ainsi qu'à la suite d'observation, il prend une fourche et fonce ainsi armé sur son chef de culture, il est désarmé par d'autres ouvriers agricoles. Dans les soins qu'il donne à ses brebis, sa manière est violente. A-t-il un abcès de la mamelle à ouvrir, il donne le coup de couteau avec une sorte de frénésie et fait de larges entailles disproportionnées avec la surface de la lésion. Quand il est en état d'ivresse, il prononce des mots à double entente où l'intention de commettre des actes délictueux est manifeste. L'année dernière, dans le même village, où il est berger communal, éclatent, à quelques mois de distance, deux incendies dans des granges. L'un d'eux détruit complètement une grange pleine de blé, de matériel agricole et cause la perte de plusieurs moutons dans une bergerie. Le propriétaire insuffisamment assuré subit un préjudice considérable qui le conduit près de la ruine.

Une tentative d'incendie avortée est découverte dans le même village. De la paille avait été allumée dans une grange entre deux tonneaux, mais le feu ne s'était pas propagé.

La rumeur publique soupçonne A. et un autre individu. Ce dernier interrogé par la police démontre son innocence. Au cours des investigations policières A. qui se sait soupçonné, se jette dans la Seine, mais, de l'avis de ceux qui ont vu la noyade, il y a eu une véritable simulation de suicide, car A. ne s'est pas jeté du pont, mais il est entré par la berge dans l'eau sans s'y jeter, en appelant au secours.

A. avait commis d'autres petits vols et larcins divers (vol d'œufs qu'il allait revendre à la ville, ses jours de sortie), qui avaient motivé néanmoins son arrestation. C'est alors qu'il se décida à avouer qu'il avait allumé ces incendies répétés et il désigna les autres fermes qu'il avait l'intention d'incendier encore. A...

ne semble donc pas toujours agir sous l'influence d'une impulsion ou d'une obsession, puisqu'il sait à l'avance chez qui il ira mettre le feu.

Au point de vue somatique, l'enquête à laquelle je me suis livré permet d'établir que A. n'a jamais eu d'interruption de travail depuis plus d'une année pour de la fièvre, et c'est bien plus à l'appoint alcoolique qu'il faut attribuer ces accès de pyromanie chez un dégénéré à malformations craniennes qu'à un paludisme qui remonterait à près de 40 ans.

M. le Dr Pezet, de l'asile de Châlons a bien voulu me communiquer une autre observation d'un nommé Ch., admis, le 28 août 1923, à l'asile, pour débilité mentale avec éthylisme, qui, sous l'influence de ses excès alcooliques, présente des impulsions à l'incendie.

Cet individu a quitté l'asile, le 12 septembre 1924, à la suite du certificat de sortie suivant : « Ch. est atteint de débilité mentale et alcoolisme ; n'a présenté depuis son entrée ni idée délirante, ni trouble psycho-sensoriel, absence d'obsession ou d'impulsion. Bon travailleur, sa conduite n'a donné lieu à aucun reproche et sa cure de désintoxication éthylique paraît suffisante. Les accès de pyromanie signalés au dehors sont imputables à des excès de boisson. Ce malade qui ne présente aucun trouble mental peut être remis en liberté et sa sortie ordonnée. » — Signé : Dr Pezet.

La semaine dernière, *la Tribune de l'Aube*, journal quotidien de la région de l'Est, signale l'évasion de l'asile de St-Dizier d'un nommé Meslier, surnommé l'incendiaire. Au cours de l'année 1923, quatre incendies éclatent dans la région de Marayne-Othe, allumés par Meslier qui, arrêté et écroué à Troyes, fut transféré à Auxerre, et, après un examen médico-légal, interné à l'asile de St-Dizier, d'où il vient de s'évader (14 février 1925).

Ces cas de pyromanie chez des dégénérés alcooliques sont bien connus, et je ne m'arrêterai pas à entamer une discussion d'étiologie, de diagnostic ou de pronostic. Je tenais à vous soumettre une nouvelle série d'attentats dangereux pour la sécurité publique,

commis par des aliénés remis en liberté ou évadés des asiles.

Si la vie de personnes, du fait de ces attentats, n'a pas été en danger dans ces cas particuliers, j'ai présent à la mémoire un incendie allumé dans une ferme, qui a été complètement détruite, où trois malheureux ouvriers agricoles ont été carbonisés dans une écurie dont les ouvertures étaient grillées et dont la porte d'accès embrasée par la paille et le foin enflammés, ne permettait pas la sortie.

Il y a donc grand danger pour la vie des personnes, grand dommage pour la fortune des propriétaires, de laisser en liberté les pyromanes, leur état de désintoxication éthylique fût-il probant. Qui a bu boira, qui a commencé à allumer un incendie, continuera à mettre le feu. A. avait allumé 3 incendies avant son premier internement, il fut arrêté pour en avoir allumé un 4^e connu par l'instruction judiciaire, il s'évade et il est actuellement écroué pour avoir allumé 2 autres incendies connus et tenté d'allumer un 3^e incendie, soit au total sept incendies connus.

Ces dégénérés sont tous des instables. Ils forment la théorie de ces trimardeurs des champs qui vont de village en village, de département en département, de régions en régions et se placent huit jours, un mois pour « donner le coup de main » dans les fermes et qui, le jour de la paye, s'enivrent et impulsifs quittent leur travail sans avertir leur patron ou mettent le feu avant leur départ inopiné.

Ces dégénérés sont éminemment dangereux pour la sécurité publique, ils sont les clients temporaires, mais à répétition, des asiles d'aliénés. A. est d'origine italienne, il a fait un séjour en Afrique, il a travaillé un peu partout en France, et, depuis 15 ans, plus particulièrement dans la région de l'Est. Qui connaît son passé pathologique ? et combien il serait utile à connaître pour éviter que lui et les autres pyromanes de son espèce soient remis en liberté.

Le service de l'anthropométrie créé à la préfecture de police a rendu les plus éminents services dans la recherche des criminels et des délinquants. La Belgi-

que, depuis la guerre, a créé une nouvelle science : la police scientifique qui, de par la collaboration des médecins légistes, des aliénistes, des magistrats, tend chaque jour à perfectionner les services pénitentiaires, par l'obligation de procéder à l'examen psychiatrique des inculpés. Resterons-nous en arrière dans la voie des progrès à accomplir pour soustraire le public aux attentats de toutes sortes (homicides, viols, incendies volontaires), que commettent les aliénés déjà connus. Il faut créer ce fichier central des aliénés qui sera le casier sanitaire mental des Français, et pour qu'il puisse être tenu à jour, il faut créer le carnet médical individuel de l'aliéné. Ces deux questions ont déjà été à l'ordre du jour de notre société, les cas de pyromanie que je vous signale aujourd'hui sont l'occasion de reprendre ces propositions et de les solutionner.

DISCUSSION

M. PACTET. — Tous les incendiaires habituels ne sont pas des instables, ni des nomades. On voit parfois la pyromanie se développer chez des gens du pays. Ce sont des buveurs, des alcooliques, qui, en état d'ivresse, allument des incendies. Du reste en restant près du feu qu'ils ont fait prendre, ils peuvent encore profiter des distributions de vin que l'on accorde aux pompiers. Dans certaine région du Jura, chaque dimanche amenait un incendie. Une fois découvert, un coupable fût condamné aux travaux forcés. Il n'est pas revenu dans le pays, et les incendies ont cessé. Dans un autre cas analogue, les soupçons se portèrent sur une personne qui fut mise en observation dans un asile d'aliénés. Relâchée, cette personne a disparu de la région, où les incendies ont cessé.

Quant à l'action des pouvoirs publics, il est à désirer qu'elle s'exerce pour la protection de la sécurité publique contre les dangers que font courir les aliénés en liberté. Les Sociétés de Médecine mentale ont déjà formulé des vœux dans ce sens. A la suite d'accidents

d'automobile, d'autre part, la Faculté, le Parlement se sont occupés de l'action qu'il faudrait entreprendre. Souhaitons que l'avenir nous apporte la réalisation des vœux exprimés déjà, et de ceux qu'on pourrait exprimer encore.

M. ROUBINOVITCH. — Lorsque M. Dabout a pris cet homme comme berger, connaissait-il ses antécédents ?

M. DABOUT. — Certainement non.

M. ROUBINOVITCH. — Comment peut-on empêcher qu'un malade en liberté surprenne la confiance des gens qui l'emploient ? D'autre part, ce malade errait dans la région de l'Est. Ne pouvait-il s'y faire connaître par ses méfaits ?

M. DABOUT. — J'ai dit que cet homme est né en Italie, qu'il a ensuite séjourné en Afrique. Il a beaucoup vagabondé. Il errait depuis quelques années dans toute la région de l'Est qui est suffisamment vaste pour qu'il ait pu pendant longtemps passer inaperçu dans les divers endroits qu'il traversait successivement.

Si le carnet médical, dont je demande la création, renseignait les médecins des Asiles qui reçoivent de tels anormaux, sur leurs aventures antérieures, ces individus pourraient être dirigés sur des asiles spéciaux pour aliénés difficiles d'où ils ne risqueraient pas de s'évader. Si, d'autre part, existait le fichier central dont je propose aussi la constitution, on les chercherait, on les trouverait, on ne les perdrait pas de vue.

M. SOLLIER. — Mais qui portera ce carnet ?

M. DABOUT. — Envoyé de médecin à médecin, il leur servira d'agent de liaison. Messieurs, la Société Médico-Psychologique s'est occupée de ces propositions dans de longues discussions auxquelles seule la conclusion a manqué. Il faut aboutir.

Prenons une décision. Adressons-nous aux Ministères compétents pour leur demander d'établir l'organisation dont je crois vous avoir démontré la nécessité.

M. H. COLIN. — La Société Médico-Psychologique a témoigné, par des discussions qui ont occupé plusieurs séances, tout l'intérêt qu'elle attache aux questions

posées par M. Dabout. Quel remède convient-il de porter au mal ? Le fichier central ? le carnet médical ? Il nous faut avoir une vue bien nette des meilleurs moyens d'action.

M. A. RODIET. — Toute la Société se ralliera sans doute au vœu formulé par M. Dabout.

M. FILLASSIER. — Ce vœu paraît du reste en voie de réalisation. C'est ainsi que dans le projet de loi sur les aliénés actuellement étudié, tous les documents concernant un malade, de quelle origine qu'ils soient, devront aller se classer à la Préfecture.

M. H. COLIN. — Messieurs, je vous propose de nommer une commission qui étudiera ces questions à loisir et pourra présenter au choix de la Société les solutions qu'elle aura étudiées.

M. MIGNARD. — Il serait désirable que la commission nommée étudiât non seulement les intéressantes propositions faites par M. Dabout, mais aussi celles, plus anciennes, de M. Pactet sur l'examen psychiatrique des personnes exerçant un emploi qui intéresse la sécurité publique. Nous voyons maintenant certaines de ces personnes subir un examen psycho-technique. L'examen psychiatrique paraît cependant plus nécessaire pour éviter des accidents graves.

M. ROUBINOVITCH. — Il faut demander à la commission qui sera nommée de s'occuper, dans le sens le plus large, des questions pratiques soulevées dans cette discussion.

Une commission composée de MM. Colin, Dabout, Fillassier, Pactet et Toulouse est nommée à la suite de la discussion de la communication de M. Dabout, pour présenter à la Société après étude préalable, toutes propositions utiles.

Sur la proposition de M. H. Colin, Secrétaire général, il est procédé à la nomination d'une commission composée de MM. Dabout, Colin, Fillassier, Pactet, Rodiet et Toulouse, chargée de présenter un rapport à l'une des prochaines séances.

Traitement de l'épilepsie par le mélange de gardénal, tartrate et atropine associés alternativement à la caféine et à la strychnine.

Par le Dr GODARD et R. LEGAL

*Internes à l'Etablissement Psychothérapique
de Fleury-les-Aubrais*

La plupart des auteurs qui ont employé le gardénal dans le traitement de l'épilepsie et qui l'ont ensuite préconisé après en avoir constaté les remarquables effets, ont été frappés de la brutalité de ce médicament. D'action très variable suivant les malades, le gardénal frappe toujours très fort les centres nerveux et laisse souvent après lui lorsqu'il est employé à certaines doses un état d'obtusion et d'abrutissement pénible. Aussi de nombreux chercheurs ont essayé de trouver dans une synergie médicamenteuse, le moyen de diminuer les doses de gardénal tout en profitant de son heureuse action. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier prescrivirent les premiers l'association tartrate borico-potassique et gardénal. Ils constatèrent qu'ils obtenaient les sédations des crises avec des doses de gardénal inférieures à celles qui sont nécessaires lorsque cet agent est employé seul. D'autre part Ducosté avait signalé la nécessité d'associer des correctifs au gardénal et après quelques tâtonnements il s'était arrêté à la belladone et à la caféine dans le but d'améliorer l'état intellectuel en luttant contre la torpeur et en diminuant la constipation due au gardénal et si nuisible aux épileptiques.

Cette médication donna d'excellents résultats à son auteur.

Le professeur Carrière a essayé de perfectionner encore cette médication en réunissant les méthodes de Pierre Marie et de Ducosté pour former une association de gardénal — tartrate borico-potassique belladone et caféine — et comme il craignait que l'accoutumance à

la caféine ne forçât à augmenter les doses il eut l'idée d'employer la strychnine en alternance avec la caféine dans l'association ci-dessus.

C'est cette méthode que nous avons essayée en employant le gardénal en comprimés et les autres médicaments en solution. Nous prescrivons alternativement une solution incolore de tartrate, glycérine, atropine et caféine, puis une solution colorée en rouge où la caféine est remplacée par la strychnine.

La formule exacte de ces solutions est la suivante :

Tartrate	55 gr.
Glycérine	30 gr.
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 008
Eau	1.000 gr.

La solution incolore contient en plus :

Caféine	4 gr.
---------------	-------

La solution colorée en rouge contient en plus :

Sulfate de strychnine	0 gr. 065
-----------------------------	-----------

Chaque cuillerée à soupe contient :

Tartrate	0 gr. 80
Sulfate d'atropine	0 gr. 00012
Caféine	0 gr. 06
Sulfate de strychnine	0 gr. 001

Une cuillerée à soupe de cette solution correspond dans cette médication à 0 gr., 05 centigr. de gardénal. Chez les malades auxquels nous prescrivons 10 centigrammes de gardénal, nous donnons 2 cuillerées à soupe, pour 15 centigrammes de gardénal, nous donnons 3 cuillerées à soupe.

En dehors du gardénal, nous avons voulu éviter les spécialités trop coûteuses pour la population asilaire et nous avons employé les produits de la pharmacie de l'établissement.

Nous avons appliqué ce traitement complexe sur 60 épileptiques, en traitement à l'asile de Fleury et chez lesquels la réaction de Wassermann a été négative.

Grâce à la simplification que nous avons apportée à

cette méthode d'apparence compliquée, en employant pendant une semaine, une solution incolore et pendant la semaine suivante, une solution colorée en rouge, nous avons pu poursuivre pendant près de six mois et sans difficulté, cette médication sur la presque totalité des épileptiques de l'asile et varier la posologie afin d'arriver à la dose optima pour chaque malade.

Nos efforts ont toujours tendu à réduire au minimum la dose de gardénal.

Nous tenons à faire remarquer que nous nous sommes moins attachés à faire une expérimentation minutieuse sur des malades choisis qu'à appliquer à l'ensemble des épileptiques d'un asile, une médication très active et d'un emploi facile.

Les résultats que nous avons obtenus dans les premières semaines, ont été comme pour chaque médication nouvelle de l'épilepsie, des plus encourageants, mais nous ne tiendrons compte dans nos appréciations que de ceux qui se sont maintenus par la suite.

Ces résultats ont été remarquables dans la grande majorité des cas et nettement supérieurs à ceux du gardénal employé seul à doses plus fortes chez les mêmes malades.

Nous devons d'ailleurs à la vérité de dire que chez certains malades dont nous parlons plus loin, nous avons dû interrompre le traitement.

Nous envisagerons principalement les améliorations qui ont porté sur le nombre et la violence des crises — sur les doses de gardénal employées — sur l'état mental — sur l'état général des malades.

Disons tout de suite que la majorité de nos malades sont de grands épileptiques qui présentaient auparavant, malgré des doses variables de gardénal, employées chez la plupart, des crises violentes et nombreuses.

Dans 22 0/0 des cas, les crises ont été supprimées.

Dans 70 0/0, les crises ont été diminuées dans une très grande proportion, ou remplacées par des vertiges peu nombreux.

Dans 8 0/0, nous avons dû interrompre le traitement.

Dans les cas où les accidents n'ont pas été entièrement supprimés chez les malades, présentant antérieure-

ment des crises d'une violence extrême, ils ont toujours été très diminués, ou réduits à un équivalent avec des doses relativement faibles de gardénal.

L'action de ce médicament étant très variable suivant les malades, et peut-être aussi suivant la composition exacte du produit, il est important de savoir dans quelle mesure, on peut réduire les doses chez un malade donné, en variant le mode d'administration.

Et ce qui fait l'intérêt de notre étude c'est que, comme nos malades prenaient antérieurement et depuis longtemps ce médicament, nous avons pu comparer chez les mêmes épileptiques, l'action du gardénal seul à celle du gardénal associé à ses correctifs.

Nous avons constaté que très souvent nous avons pu diminuer considérablement la dose de gardénal, tout en obtenant une diminution notable des accidents. Cette diminution a varié de 30 à 50 0/0 de la dose initiale.

Nous ne nous sommes pas attachés à supprimer complètement tous les vertiges qui comme les crises légères, semblent constituer périodiquement des sortes d'émonctoires pour les grands épileptiques, nous avons plutôt cherché à établir une dose minima, procurant chez les grands malades, par rapport à l'état antérieur une amélioration très notable.

Ces améliorations ont porté également, avons-nous dit, sur l'état mental et l'état général des malades.

Nous pouvons confirmer les bons effets signalés par Ducosté et Carrière. Sous l'influence de cette association médicamenteuse, l'intelligence de l'épileptique s'éveille, son activité s'accroît, son sommeil n'est ni trop lourd, ni trop prolongé, les somnolences diurnes imposées par le gardénal, disparaissent, ainsi que la constipation.

La plupart des malades se montrent moins irascibles, moins querelleurs, plus gais. Certains d'entre eux autrefois taciturnes et confus, viennent spontanément nous remercier de l'amélioration qu'ils constatent dans leur état, d'autres qui restaient inertes dans le pavillon demandent à travailler et se montrent plus dociles. Nous avons dû envisager la sortie d'un certain nom-

bre d'entre eux qui se promettent bien de continuer ce traitement. C'est une mesure dont il n'aurait pu être question pour eux, il y a quelques mois.

Le personnel infirmier des quartiers d'épileptiques est unanime à noter ces heureux effets, et le prouve par la ponctualité avec laquelle il demande chaque lundi matin à la pharmacie, la solution incolore ou colorée qui rend beaucoup plus facile la tenue des services.

Cette médication ne nous a donné aucun accident et a été bien supportée par l'ensemble des malades.

Cependant dans 2 cas, chez des femmes, nous avons dû la suspendre dès la fin de la 3^e semaine en raison d'une excitation très vive chez la première et d'une somnolence continue de la seconde.

Chez 3 autres femmes d'un pavillon cellulaire, les crises épileptiques ont été remplacées par des équivalents présentant une certaine gravité et caractérisés par une excitation très vive et continue avec hallucinations, crises de larmes, irascibilité. Nous avons chez elles essayé de continuer le traitement pendant deux mois en modifiant les doses puis nous avons dû l'interrompre ; la substitution de ces équivalents aux crises anciennes ayant eu à nos yeux la valeur d'une contre-indication.

En résumé devant la nécessité d'apporter des correctifs à l'action brutale du gardénal, nous avons essayé d'établir d'après les recherches antérieures que nous avons citées, une médication suffisamment souple et d'un emploi facile pour l'ensemble des épileptiques d'asile.

Les résultats obtenus montrent que si elle n'est pas applicable à tous les comitiaux, elle améliore considérablement la plupart d'entre eux, supprime tous les accidents chez un grand nombre et transforme très heureusement les pavillons d'épileptiques.

Nous avons cru intéressant d'apporter ces résultats en considérant que ce n'est pas un progrès inappréciable de pouvoir diminuer, ne serait-ce que de quelques centigrammes, la dose d'un médicament aussi actif que le gardénal et qui doit être si longtemps continué.

DISCUSSION

M. MIGNARD. — Chez les aliénés, qui refusent d'absorber des comprimés, l'usage du gardénal soluble facilite l'administration du médicament.

M. GUIRAUD déclare avoir employé déjà dans le même but, le gardénal soluble.

M. MARCHAND. — Le gardénal soluble Poulenc, que j'ai utilisé également, me paraît moins actif que le gardénal en comprimés.

M. RAYNEAU rappelle qu'en Allemagne, déjà avant la guerre, on utilisait le luminal natrium, soluble.

Purpura par carence chez une aliénée mélancolique

Par MM. R. LEROY et P. LELONG

Nous croyons intéressant de relater l'observation d'une aliénée mélancolique ayant présenté un purpura hémorragique, que nous rattachons à des phénomènes de carence.

Estelle B. est soignée dans notre service de Maison-Blanche, depuis le mois d'octobre 1921, pour un état mélancolique avec préoccupations hypochondriaques et idées de persécution. Elle n'a jamais quitté le lit, prétendant ne pouvoir se lever, avoir de la tuberculose des os, ressentir des piqures d'aiguille dans la colonne vertébrale. La malade se montre inerte, dans le semi-mutisme, hostile à l'égard des infirmières qu'elle accuse de la torturer, elle et sa famille, violente par intervalles. Teint pâle; P. = 80. Tension artérielle (Vaquez-Laubry), 12 — 7 1/2, pas de ligne blanche de Sergent. Corps thyroïde normal.

Estelle ne s'alimente que de lait, de pain, de purée de pommes de terre et de café. Elle refuse toute autre nourriture, de peur d'être empoisonnée. Pas de trouble psychosensoriel. Pas d'affaiblissement intellectuel.

En juillet 1922, nous essayons sans résultat une cure d'héliothérapie, comme modificateur de l'état général.

En janvier 1923, Estelle refuse de manger des pommes de terre, et, en mars 1924, elle supprime même le pain pour ne plus prendre comme alimentation que du lait (2 litres) et du café, absorbant beaucoup d'eau, qu'elle appelle son « émulsion fluviale. »

Le poids qui était de 46 kilogr. à l'entrée, s'élève à 50 kilogr., en décembre 1921, pour retomber à 39 kilogr. en août 1922. Il remonte ensuite de 45 à 49 kilogr.

Menstruation irrégulière

Le purpura débute le 20 juillet 1924, par un piqueté hémorragique sur les deux jambes. Ces foyers hémorragiques augmentent de nombre, s'élargissent, se manifestant peu à peu sous la forme de pétéchies lenticulaires et de larges ecchymoses.

Voici l'état au 31 juillet 1924:

MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — Large suffusion sanguine de coloration lie de vin, partant des $\frac{2}{3}$ supérieurs de la face antéro-externe de la jambe pour s'étendre en arrière à une grande partie du membre entier, surtout au niveau des mollets. Le creux poplité est respecté suivant une ligne transversale. La périphérie de cette énorme ecchymose se dégrade progressivement en prenant des tons jaunes-verdâtres. De petits éléments nummulaires bleuâtres existent, l'un au-dessus de la rotule, deux autres sur le bord supérieur et antérieur du tibia. Le bord externe du pied est bleuté. Des pétéchies plus petites sont disséminées sur tout le membre, particulièrement sur la jambe et le tiers inférieur de la cuisse. Elle ne s'effacent pas par la pression. La peau est légèrement chaude, tendue et molle, sans induration.

MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE. — Suffusion moins considérable à la face externe du genou, se prolongeant un peu en avant et en arrière. Plusieurs éléments nummulaires au niveau du creux poplité, nombreuses pétéchies avec distribution presque symétrique. Pied à peu près respecté.

Éruption est uniquement localisée aux membres inférieurs. Pas d'œdème. Pas d'arthralgie. Pas de troubles digestifs.

Congestion hémorragique de la muqueuse gingivale inférieure. Les gencives ne sont ni fongueuses, ni saignantes; pas de salivation. Lipothymie le 27 juillet. Epistaxis légère le 12 août. Pas d'hémorragies viscérales. Pas d'épanchements séreux.

Cœur : souffle diastolique de la base. P. = 100. Tension artérielle (Vaquez-Laubry) 8 1/2 — 5. Teint pâle. Rate perceptible. Epreuve de glycosurie alimentaire négative. Urines très abondantes, variant entre 2 litres et 3 litres 1/2, ne présentant ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang, pratiqué le 13 août 1924 au laboratoire d'hématologie du Dr Weissman-Neiter, à Ste-Anne, donne les résultats suivants :

Numération, normale : globules rouges, 4.200.000 par mm. cube, globules blancs, 7.200.

Formule leucocytaire, inversion très nette avec grosse prédominance des mono-nucléaires, dont voici le détail :

Lymphocytes	30	} 53
Grands mononucléaires	10	
Moyens mononucléaires	13	
Polynucléaires neutrophiles	46	
Polynucléaires basophiles	0	
Polynucléaires éosinophiles	0	
Myélocyte	1	

Temps de coagulation retardé.

Wassermann du sang négatif.

Rien de particulier au point de vue neurologique : réflexes tendineux aux membres inférieurs et supérieurs faibles.

Fièvre légère, oscille entre 37° et 38°, pendant toute la durée de l'affection. Le pouls reste entre 80 et 105. Poids = 42 kilogr.

En présence des circonstances ayant précédé le purpura et de ses caractères, nous pensons à la possibilité de phénomènes de carence et nous instituons un régime approprié : jus de citron, d'orange et de cresson qu'Estelle veut bien accepter, après beaucoup de sollicitation, sans vouloir changer son régime alimentaire.

Sous l'influence de cette médication, en 15 jours environ, la situation s'améliore progressivement, la fièvre tombe, l'éruption s'efface peu à peu, l'état général se relève.

A la fin de janvier 1925, la malade est dans le même état psychique, mais son poids a augmenté de 9 kilogr., la mine est bonne et l'état général n'a jamais été aussi satisfaisant. Estelle continue à prendre de temps en temps de la citronnade avec son lait et son café habituels. Elle a même accepté un peu de pain. L'éruption a disparu depuis 5 mois, la peau des membres inférieurs est souple et normale.

Nouvel examen de la formule leucocytaire pratiqué le 25 février 1925:

Lymphocytes et moyens mononucléaires...	26
Grands mononucléaires	13
Polynucléaires	6
Polynucléaires basophiles	0
Polynucléaires éosinophiles	0
Myélocytes	0

A noter la fréquence des grands mononucléaires. L'aspect du globule rouge est normal. Temps de congulation normal.

Telle est l'observation de cette malade atteinte de purpura hémorragique, dont il est intéressant de discuter la variété et l'étiologie.

Il ne s'agit ici d'aucune infection aiguë ou chronique susceptible d'amener un purpura secondaire. Malgré l'existence d'un gros ganglion sous-maxillaire gauche, la tuberculose ne semble pas devoir être envisagée car les poumons ne présentent aucun signe stéthoscopique; l'état général est redevenu rapidement bon. On ne constate aucune affection chronique du foie, du cœur, du rein, ou du système nerveux. Pas d'origine médicamenteuse ni sérique. Ce purpura ne peut être rattaché à la forme rhumatoïde, plus fréquente chez l'enfant et caractérisée par des arthralgies, des œdèmes et des troubles gastro-intestinaux douloureux. Il n'a pas, non plus, l'allure de la forme infectieuse, vu l'absence d'hémorragies viscérales, de la fièvre élevée et des symptômes généraux graves.

C'est pourquoi nous pensons à un purpura ecchymotique dû à des phénomènes de carence produits par l'absence de vitamine, comme cela existe dans le scorbut. Le diagnostic est corroboré par la guérison ayant suivi le traitement. L'état hémorragipare est apparu au bout de quatre mois d'un régime uniquement composé de lait bouilli et de café, alors qu'Estelle était déjà profondément débilitée. Peut-être sommes-nous ici également en présence d'une susceptibilité particulière du sujet.

On peut nous reprocher de n'avoir pas modifié plus

tôt l'alimentation, de peur des dangers de carence. Nous y avons bien pensé, mais la malade se montrait particulièrement difficile, hostile, persécutée. Des fruits variés lui avaient été offerts sans succès, et, comme elle ne semblait pas souffrir de son régime habituel, il nous avait paru inutile de le compléter.

L'étude des purpuras soulève encore bien des controverses. Notre cas se rapproche, à part quelques caractères absents, de la variété décrite par Werlhoff. Outre l'intérêt de cette observation relativement à l'examen clinique et hématologique, nous avons aussi le désir d'attirer l'attention sur les conséquences possibles d'une alimentation lactée trop exclusive, si communément pratiquée dans les asiles.

DISCUSSION

M. TRÉNEL. — Le cas de MM. Leroy et Lelong est entièrement assimilable à la maladie de Barlow et se rencontre dans les asiles avec une certaine fréquence chez les malades à alimentation déficiente et surtout chez les malades alimentées à la sonde. J'ai souvenir du premier cas que j'ai vu, pendant mon internat, chez une malade alimentée au lait bouilli additionné de peptone. Plus tard, dans un asile de province, pendant 3 années, j'ai assisté à une véritable endémie de scorbut dont j'ai pu observer toutes les formes depuis la simple gingivite fongueuse jusqu'aux vastes ecchymoses cutanées, aux épanchements articulaires, aux hémorragies intramusculaires et aux décollements périostés allant jusqu'au séquestre d'un fémur dans toute son étendue. Des cas légers, guérissant par un régime approprié, aux cas mortels par cachexie ou gangrène de la bouche, il y eut tous les intermédiaires. Et il est de ces cas où l'étiologie alimentaire n'a pas paru seule en jeu. Je rappellerai, par exemple, un de ces faits, que j'ai communiqué à l'époque à la Société de Neurologie, où, chez une malade atteinte d'hémiplégie d'origine protubérantielle, *les lésions scorbutiques se localisèrent au côté hémiplégie.*

Dans mon service, j'ai constamment évité de semblables accidents chez les sitiophobes, en les alimentant par le lait cru auquel j'ajoins du jus de citron et de la farine de pois verts, ces derniers étant le seul légume chlorophyllien facile à faire ingérer par la sonde. J'ai essayé de donner des épinards délayés, mais la sonde se bouche inmanquablement. Je donne aussi le sirop antiscorbutique. Mais le lait cru avec adjonction de citron suffit généralement. J'en ai eu récemment la preuve, involontairement expérimentale. Dans un cas de psychose polynévritique, les signes d'insuffisance hépatique m'obligèrent à instituer le régime lacté strict. Par suite d'une erreur, le lait cru ordonné fut remplacé, à mon insu, par du lait bouilli, de sorte qu'un jour je constatai une éruption pétéchiale discrète et de la gingivite scorbutique au début. Ces lésions rétrocedèrent rapidement sous l'influence du régime approprié.

M. TOULOUSE. — J'ai eu l'occasion de constater le développement de phénomènes scorbutiques chez deux malades alimentées par le moyen de la sonde œsophagienne, à la suite de refus d'aliments. La première recevait du lait bouilli et du sucre ; à la seconde l'on donnait, en outre, de la poudre d'œufs. Les phénomènes scorbutiques ont rétrocedé et complètement disparu lorsque l'on eut ajouté du jus d'orange et de citron à l'alimentation habituelle de ces malades. Depuis lors je ne donne jamais du lait bouilli comme alimentation principale, sans l'accompagner de jus d'orange ou de citron.

Les vitamines qui se trouvent dans le lait cru, comme dans les légumes verts, les jus de fruits et l'écorce des céréales, disparaissent par l'ébullition du lait, et c'est la cause principale des troubles par carence que l'on observe chez les malades nourris surtout de lait bouilli.

M. RAYNEAU utilise dans ce but des diases qu'il mélange au lait absorbé à l'aide de la sonde. Il préfère ce mélange à l'ingestion de lait cru par crainte de contamination tuberculeuse.

M. René CHARPENTIER. — Comme M. Toulouse, j'ai

l'habitude d'ajouter au breuvage, ingéré à l'aide de la sonde, des vitamines, sous forme de jus d'orange, de beurre, quand il n'y a pas de contre-indication absolue. Je préfère cela à l'ingestion de lait cru, par crainte, non seulement de la tuberculose, mais aussi de la fièvre typhoïde, le lait des grandes villes étant souvent coupé d'eau, avant d'être livré chez le consommateur.

M. Henri COLIN. — J'ai observé deux cas analogues, l'un chez une malade alimentée uniquement au lait bouilli, l'autre chez un homme qui refusait de manger autre chose que de la soupe. Tous les deux ont parfaitement guéri à la suite du changement du régime.

M. MIGNOT. — La pathogénie des accidents purpuriques observés chez les aliénés est, à mon avis, fort complexe et ne se réduit pas à l'avitaminose.

Certains malades restent, sans inconvénients, soumis pendant des mois et même des années à un régime de carence, tandis que d'autres n'offrent pas la même résistance, j'ai vu le purpura survenir chez une mélancolique nourrie à la sonde depuis cinq semaines seulement. Un autre des mes malades de Charenton, après avoir été alimenté pendant une dizaine d'années artificiellement, reprit le régime normal pendant deux ans environ, puis, brusquement, redevint sitiophobique. Après quelques semaines d'alimentation à la sonde, ce malade présenta le syndrome scorbutique avec réaction gingivale, purpura étendu, hémorragies et il ne put guérir malgré l'emploi des antiscorbutiques habituels.

M. RODIET trouve préférable de remplacer l'orange ou le citron par une solution de citrate de soude à 10 pour 300.

La séance est levée à 17 heures 35.

Les Secrétaires des séances :

René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 26 MAI 1924

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'Assemblée générale s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

S'étaient fait excuser : MM. Brissot, Collet, Cullerre, Desruelles, Gassiot, Latapie, Prince, Sizaret, Védié.

Le président donne la parole au secrétaire M. Delmas,

M. DELMAS. — Messieurs, nous avons à déplorer cette année la perte de cinq de nos membres.

Notre association ne comptait qu'un seul membre à vie qui était le Dr Chaslin, médecin à la Salpêtrière. La disparition sera vivement ressentie parmi nous. Il avait consacré son existence entière à la Psychiatrie et il est mort au terme d'une carrière admirablement remplie tant au point de vue de l'activité professionnelle hospitalière qu'au point de vue de l'activité scientifique.

Dès 1887, il avait publié un travail important sur le rôle du rêve dans l'évolution du délire. Il y a 37 ans que ce travail a paru et il n'est pas cependant de question plus actuelle.

En 1895, paraissait son livre sur la confusion mentale primitive. Avec une modestie qui fut la parure de toute sa vie, Chaslin rapportait la conception de cette forme nosologique à deux aliénistes français bien oubliés, à Sauze et à Delasiauve. En réalité, c'est Chaslin qui a recréé et fait accepter la confusion mentale et sa doctrine est aujourd'hui universellement admise.

Au moment où allait sonner l'heure de sa retraite, en 1912, Chaslin a publié, comme une sorte de testament psychiatrique, ces « Eléments de séméiologie et clinique mentales » dont on peut regretter qu'ils aient été trop empreints de cette réserve et de cette sagesse dont Chaslin s'était fait une règle, mais qui renferment une mois-

son abondante de réflexions longuement méditées. Ce livre notamment consacre sa description de la folie discordante qu'on peut opposer à la conception de plus en plus lâche de la Schizophrénie de Bleuler.

Ça a été avec une indignation douloureusement ressentie qu'on a appris qu'une simple note de service avait prévenu Chaslin d'avoir à quitter ce service de la Salpêtrière où, pendant trente ans, il s'était entièrement dévoué aux soins des malades et à la formation de ses élèves.

Son souvenir restera parmi nous comme un admirable exemple de dévouement, de sagesse et de dignité.

Deux de nos membres fondateurs sont également décédés, cette année, ce sont MM. Lallemand et Parant.

M. Lallemand, psychiatre distingué, administrateur éminent, a passé la plus grande partie de sa carrière à diriger les asiles de la Seine-Inférieure. Il a toujours participé activement à la vie de nos sociétés savantes et de nos congrès, et il était, depuis de longues années, membre du conseil d'administration de notre société.

Le D^r Victor Parant dirigeait à Toulouse la maison de santé fondée par Delage. Il était un des plus anciens membres de notre association. Esprit ardent, brillant, il excellait aux chroniques étincelantes, dans lesquelles il se plaisait à rompre des lances en faveur de la clinique traditionnelle française. Il laisse une œuvre importante. Son souvenir sera perpétué parmi nous par ses deux fils, tous deux médecins des asiles.

Parmi nos sociétaires, enfin, deux ont disparu, le D^r Deny et le D^r Rist.

Les hommes de ma génération, qui ont eu le bonheur d'être les élèves de Deny, savent trop ce que nous devons à l'enthousiasme et à la foi qui portaient ce maître et en faisaient un véritable animateur, pour ne pas trouver naturel que nous insistions un moment sur l'influence qu'il a eue dans notre formation.

En même temps que Dupré, dont il était si proche par la forme d'esprit et par l'amitié, nous donnait les constitutions mythomaniacale et émotive, Deny décrivait et faisait connaître la constitution cyclothymique et inspirait sur ce sujet la thèse de son élève Pierre Kahn. En même temps que Sérieux, dont l'influence apparaîtra de plus en plus forte dans la suite, Deny faisait connaître les travaux de Kraepelin sur la démence précoce d'abord, sur la folie maniaco-dépressive ensuite, sur la paranoïa enfin, associant à ses travaux les noms de Pierre Roy et de Camus. Le

temps est venu calmer les discussions et rapprocher les opinions divergentes dont le point culminant fut sans doute le Congrès de Genève en 1909. Tout ce qui paraissait alors si nouveau et même si étrange est aujourd'hui devenu classique.

Parisien de Paris, fidèle du boulevard où entre 6 et 7 on apercevait sa silhouette familière et élégante, il n'eut jamais la Légion d'honneur et ce trait précise sa personnalité toute de scepticisme délicat et fier et de bonté affable et désintéressée.

Le D^r Rist (Charles-Adrien) était né à Strasbourg. Ancien interne des hôpitaux de Paris, collègue et ami du P^r Ball, il a été successivement médecin de la Métairie, près Nyon (Suisse) et de la Maison de la Châtaigneraie, à Versailles. Il était le père du D^r Rist, médecin des hôpitaux.

Pour atténuer ces pertes, nous avons reçu un grand nombre d'adhérents nouveaux et nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à MM. Lhermitte et Jean Tarrius, membres fondateurs, et à MM. Emile Adam, Beaussart, Bouyer, Borel, Codet, Deron, Fauvel, Gilles, Guilhard, Laffon, Leroy des Barres, Leyritz, Martimor, Pagès, Emile Parant, Santenoise, Saquet, Schützenberger, Targowla, sociétaires.

Je cède maintenant la parole à notre dévoué trésorier M. Dupain.

M. DUPAIN, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1923.

RECETTES DE L'ANNÉE 1923

Encaisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1923	310 27
Souscriptions d'asiles	2.341 75
Cotisations des membres de l'Association	2.945 »
Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1923	10.977 88
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	6.843 50
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier..	17 35
Remboursement de Bons de la défense ou titres amortis	9.925 70
Total	33.361 45

DÉPENSES DE L'ANNÉE 1923

Secours distribués	9.450 »
Frais de trésorerie et de secrétariat	342 15
Frais de garde et autres au Crédit Foncier	74 90
Frais du legs A. Ritti	3.500 »
Achat de Bons de la Défense	7.839 »
Total	21.206 05
Recettes	33.361 45
Dépenses	21.206 05
Excédent de recettes	12.155 40
Cet excédent de recettes est représenté par :	
1° L'encaisse en deniers du trésorier au 1 ^{er} janvier 1924	304 87
2° Le solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1924	11.850 53
	12.155 40

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Le solde créditeur au 1^{er} janvier 1924 de 11.850 fr. 53 au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier résulte des opérations en recettes et en dépenses effectuées au Crédit Foncier durant l'année 1923.

Recettes

Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1923	10.977 88
Revenus des rentes et titres	6.843 50
Intérêts des fonds en dépôt	17 35
Remboursement de bons de la défense et titres amortis	9.925 70
	27.764 43

Dépenses

Chèques	8.000 »
Frais de garde et autres	74 90
Achat de bons de la Défense	7.839 »
	15.913 90

Recettes	27.764 43
Dépenses	15.913 90
Différence	11.850 53

Cette différence 11.850 fr. 53 représente le solde créditeur au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier au 1^{er} janvier 1924.

DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

Recettes

Encaisse en deniers au 1 ^{er} janvier 1923	310 27
Souscriptions d'asiles	2.341 75
Cotisations des membres de l'Association	2.945 »
Retraits du Compte courant du Crédit Foncier (chèques)	8.000 »
	13.597 02

Dépenses

Secours distribués	9.450 »
Frais de trésorerie et de secrétariat	342 15
Frais du legs A. Ritti	3.500 »
	13.292 15
Recettes	13.597 02
Dépenses	13.292 15
Différence	304 87

Cet excédent de recettes 304 fr. 87 représente la situation de l'encaisse en deniers du trésorier au 1^{er} janvier 1924.

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 1^{er} JANVIER 1924

Encaisse en deniers du Trésorier	304 87
Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier	11.850 53
4.660 fr. de rente française 3 0/0.	
340 fr. de rente française 5 0/0.	
360 fr. de rente française 6 0/0.	
20 obligations Ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.	
48 obligations Ch. de fer Midi anciennes 3 0/0.	
38 obligations Ch. de fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0.	
30 obligations Ch. de fer P.-L.-M. nouvelles 3 0/0.	

4 obligations Ch. de fer P.-L.-M., fusion nouvelle 3 0/0, ont été amorties en 1923. Le Trésorier a procédé à l'achat de 4 obligations Ch. de fer P.-L.-M., de même ordre en remplacement des obligations amorties. Ces 4 obligations figurent au compte de l'exercice 1924 (au 4 janvier).

BUDGET DE 1924

Prévisions des recettes :

Cotisations	2.200 »
Souscriptions d'asiles	2.000 »
Subvention du département de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	7.200 »
	<hr/>
	11.900 »

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	11.450 »
Frais de trésorerie et secrétariat	450 »
	<hr/>
	11.900 »
	<hr/>
Prévisions des recettes	11.900 »
Prévisions des dépenses	11.900 »

Balance

Des félicitations au trésorier sont votées à l'unanimité. Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs sont expirés et au remplacement de Chaslin, décédé.

Il y a eu de nombreux votes par correspondance.

Sont élus : MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Olivier, Truelle et Usse.

Le Conseil se trouve donc ainsi composé :

MM. Cullerre, Delmas, Lalanne, Sérieux et Vallon, dont les pouvoirs expirent en 1925.

MM. Dupain, Rayneau, Semelaigne, Olivier et Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1926.

MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Truelle et Usse, dont les pouvoirs expirent en 1927.

La séance est levée à 4 heures.



A la suite de l'Assemblée générale le Conseil se réunit conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

Vice-Président, M. SEMELAIGNE.

Secrétaire, M. GUIRAUD.

Trésorier, M. DUPAIN.



LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Charon, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Lalanne (G.), Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne (René), Tarrius (J.), Vallon, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély, Adam (Aloïse), Adam (F.), Adam (E.), Alaïze, Albès, Ameline, Allamagny, Anglade, Archambault (Paul), Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin, Bécue, Bellat, Belletrud, Benon, Bertoye, Bessière, Bessière (R.), Billet, Boiteux, Bonhomme, Bonnet, Borel, Bour, Bourilhet, Boutet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus (Paul), Capgras, Carrier (H.), Castin, Charpenel, Charpentier (René), Charpentier (Joseph), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin, Collet, Collin (A.), Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas, Demay, Depoux, Deron, Desruelles, Deswarte, Devaux, Devay, Doderio, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupain, Dupouy.

Eissen, Euzières.

Fassou, Fauvel, Fenayrou, Frankhauser, Frey.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guiard, Guichard, Guyot (Aug.).

Halberstadt, Hamel (Jacques), Hamel (Maurice), Haury, Hesnard, Heuyer.

Jacquin, Janet, Journiac.

Kahn (Pierre).

Lachaux, Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Larrivé, Latapie, Latreille, Lautier, Legrain,

Lépine (Jean), Leroy, Leroy des Barres, Lerat, Levet, Livet, Logre, Loup, Lévy-Valensi, Leyritz, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie, Martimor, Maupaté, Meilhon, Mercier, Mézie, Mignard, Mignot, Monestier, Mourgues.

Nageotte, Nouët.

Olivier, Ollivier.

\ Pactet, Page, Pagès, Pain, Parent (E.), Paris, Pasturel, Pélissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pichenot, Pochon, Porot, Prince, Privat de Fortuné.

Quercy.

Raffegau, Ramadier, Raviart, Raynier, R. d'Allonnes, Renaux, Riche (André), Ricoux, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Saquet, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Sollier, Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Teulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védie (Henri), Vernet, Viel, Vieux, Vignaud, Vinchon, Viollet, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membres fondateurs	22
Membres sociétaires	217
	<hr/>
TOTAL	239

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Traité de Psychologie, par le Prof. Georges DUMAS, avec la collaboration de L. Barât, G. Belot, Ch. Blondel, B. Bourdon, F. Challaye, Ph. Chaslin, Ed. Claparède, J. Dagnan, G. Davy, H. Delacroix, L. Dugas, P. Janet, A. Lalande, J.-P. Langlois, L. Lapique, A. Mayer, I. Meyerson, H. Piéron, G. Poyer, Et. Rabaud, G. Revault d'Allonnes, A. Rey, A. Tournay, H. Wallon, tome II (1 vol. in-8°, 1174 pages, Félix Alcan, édit., Paris 1924).

Dans le numéro d'avril 1924 des *Annales Médico-psychologiques*, nous avons souligné l'intérêt et le succès de cet effort considérable que représente le *Traité de Psychologie* de M. le Prof. Georges Dumas. Au moment où paraît le tome II du *Traité*, le premier volume, épuisé, est en réimpression. C'est dire avec quelle faveur il a été accueilli de tous ceux, qui, en France et hors de France, s'intéressent à la psychologie normale ou psychologique.

Le livre premier de ce deuxième volume est consacré aux *fonctions systématisées de la vie mentale* : la perception par M. Bourdon, les souvenirs et les opérations intellectuelles (la pensée, le langage les degrés, les formes et la fonction de l'intelligence, la croyance, le rêve et la rêverie), par M. Delacroix, les volitions par M. Ch. Blondel, l'invention artistique, scientifique, pratique, par M. A. Rey. Le chapitre IV, consacré à l'étude des *sentiments complexes* est précédé d'une introduction de M. Georges Dumas sur l'intellectualisation des tendances. On y trouve les articles de M. Georges Dumas sur l'amour (instinct sexuel, amour, jalousie), de M. Belot sur le sentiment social et le sentiment moral, et de M. Delacroix sur le sentiment esthétique.

Dans le livre II, qui traite des *synthèses mentales*, il faut citer les remarquables chapitres dans lesquels M. Wallon étudie la conscience et la vie subconsciente, M. Ch. Blondel la personnalité, M. Poyer, la psychologie des caractères,

l'activité mentale, le travail intellectuel, la fatigue, le surmenage.

S'il est malheureusement impossible de donner ici autre chose qu'un rapide aperçu de ce que contient le *Traité* de M. Georges Dumas, la liste des questions traitées et les noms des collaborateurs suffisent à en indiquer l'intérêt, la valeur et l'étendue.

Le *Livre III*, consacré aux *sciences annexes*, contient à lui seul la matière de plusieurs volumes, condensée en près de 600 pages. M. Piéron expose les données et les acquisitions de la *psychologie zoologique* qui étudie les actes et les attitudes des animaux, envisagés dans le complexe des circonstances passées et actuelles qui les enserrent et les conditionnent, c'est-à-dire leur « comportement ». M. Challaye résume les notions de *psychologie génétique et ethnique*. M. G. Davy résume les données de la sociologie et expose avec l'explication sociologique des fonctions mentales supérieures, la théorie sociologique de la connaissance.

Mais la plus grande partie de ce livre, celle qui intéresse le plus directement les lecteurs des *Annales* a été écrite par M. Georges Dumas. Dans des chapitres successifs, il étudie l'interpsychologie, la pathologie mentale, la psychologie pathologique, la psycho-physiologie des glandes endocrines et du système neuro-végétatif.

Dans le chapitre consacré à l'*interpsychologie*, M. Georges Dumas passe en revue les mécanismes, conscients ou non, par lesquels s'exerce l'action d'un esprit sur un autre esprit et qui ont pour résultat le plus fréquent l'assimilation partielle ou globale, passagère ou durable, du second esprit au premier, encore qu'ils puissent aboutir à des résistances ou à des oppositions (démonstration, persuasion, révélation, suggestion, imitation automatique, imitation obsédante). Il expose ensuite les conditions d'une étude de la *contagion mentale* d'individu à individu en évitant la confusion faite par la plupart des auteurs dont certains désignent sous ce nom un mécanisme psychologique, tandis que les autres y voient la contamination par un malade d'un sujet sain, ou réputé tel jusque-là. Il est indispensable, lorsqu'on parle de contagion mentale, de choisir entre ces deux sens, c'est-à-dire en réalité entre deux sujets différents.

Nul n'était plus qualifié que le Dr Georges Dumas pour écrire dans un *Traité de Psychologie* les pages réservées à la *pathologie mentale*. L'orientation de toute sa vie, ses

beaux travaux, son double enseignement à la Clinique des maladies mentales de l'asile Ste-Anne et en Sorbonne, lui permettaient d'affirmer en le démontrant qu'il n'est pas de science qui ait autant servi aux progrès de la psychologie. Il faut lire en entier ces deux cents pages qui constituent un exposé remarquablement clair et précis et une mise au point des grands problèmes que pose l'étude des maladies mentales. Montrant les imperfections de toutes les classifications qui ont été données jusqu'ici, M. Georges Dumas renonce à présenter une classification personnelle devant l'impossibilité provisoire d'en établir une rationnelle et satisfaisante. Il s'élève à juste titre contre la distinction qu'on a voulu faire entre les maladies mentales et les névroses et étudie successivement la démence, la confusion mentale, la démence précoce, la psychose hallucinatoire chronique, l'hystérie, la psychose périodique, la psychose d'interprétation, la psychose de revendication, la psychasthénie, les constitutions psychopathiques. La psychose hallucinatoire chronique, l'hystérie, la psychasthénie de Janet, sont l'objet d'une intéressante discussion. A propos de chaque syndrome mental, l'auteur met en évidence l'intérêt qu'il présente pour la psychologie.

C'est dans le chapitre qu'il consacre à la *psychologie pathologique*, sa méthode et ses procédés, que M. Georges Dumas discute la *doctrine psycho-analytique de Freud*. Il en signale les insuffisances, les prétentions excessives dans le domaine des explications causales, les interprétations arbitraires, les constructions *a priori* et les exagérations. De cette doctrine subsisteront probablement deux idées fécondes : celle que des tendances refoulées, très souvent sexuelles, renaissent sous forme de déguisements et de symboles dans beaucoup de délires ou d'accidents névrotiques, celle, aussi, qu'il ne faut pas se presser de considérer comme déments des malades qui jouissent d'une activité mentale intérieure et intime dans laquelle leurs fonctions intellectuelles et affectives se manifestent encore sous une forme réduite et désadaptée du réel. Pour M. Georges Dumas, le Freudisme, après avoir fait beaucoup de bruit dans le monde, justifiera sans doute cette formule de Brunetière que ce qui survit d'un système, c'est toujours ce qui n'était pas systématique.

L'auteur termine ce chapitre par l'exposé des travaux remarquables et bien connus de nos lecteurs du Prof. Ch. Blondel (de Strasbourg), sur la *Conscience morbide*.

Après avoir passé en revue les notions récemment acqui-

ses sur la *psycho-physiologie des glandes endocrines* et du *système neuro-végétatif*, et la question des rapports des sécrétions internes avec la psychologie et particulièrement la psychologie affective, M. Georges Dumas conclut qu'il s'en faut, et de beaucoup, pour que nous puissions dès aujourd'hui, dresser le plan d'une pathologie mentale endocrinienne. Le champ qui vient de nous être ouvert par l'étude des glandes à sécrétion interne est assez vaste et assez riche pour qu'on n'ait pas besoin de l'agrandir, ou de l'enrichir par la fantaisie.

Une *Conclusion* termine ce traité que préface Th. Ribot. M. Georges Dumas y met en lumière les conceptions communes aux collaborateurs de l'œuvre : la *psychologie scientifique*, dont les principales sources d'information sont l'introspection, les sciences biologiques, la psychologie pathologique, la pathologie mentale, la sociologie. Les conceptions divergentes tiennent aux *grands courants de la psychologie contemporaine* : le rationalisme de Renouvier, l'associationisme de Mill et de Taine, l'intuition Bergsonnienne, le rôle de la vie affective et de la vie organique, selon Ribot, l'association et l'inhibition systématiques de Paulhan, la synthèse et l'automatisme de Janet. Ces diverses conceptions ne sont nulle part exposées dans le *Traité* mais leurs tendances se traduisent par endroits dans le vocabulaire, dans la façon de noter les faits et de poser les problèmes. M. Georges Dumas montre l'importance de ces divergences, en particulier en pathologie mentale, dans les théories de l'hallucination par exemple. Il signale l'influence de l'école sociologique française dans plusieurs chapitres, notamment celui des volitions (Ch. Blondel), l'influence aussi de la psychologie de réaction, notamment dans le chapitre de M. Piéron sur la psychologie zoologique, et de la psychologie de comportement de M. Janet.

Ces tendances spéculatives divergentes sont d'ailleurs peu sensibles dans un *Traité* où tous les collaborateurs ont fait passer les informations et les faits avant les interprétations systématiques, et qui vise à être impartial, objectif et complet. On peut affirmer qu'il a atteint son but.

Dans un espace si limité, il est impossible de rendre compte d'un tel labeur, impossible même d'énumérer les principaux des problèmes posés, donc d'en indiquer la solution. Puisse l'insuffisance même de ce bref compte rendu mettre en valeur le caractère écrasant de cette œuvre si vaste, audacieusement entreprise et remarquablement menée à bien. Livre indispensable, dont ne saurait désor-

mais se passer quiconque a la curiosité des problèmes de la psychologie et de la psychiatrie et plus généralement quiconque s'intéresse à la pensée française dont le *Traité de psychologie* de M. Georges Dumas est une remarquable et vivante expression.

René CHARPENTIER.

SOCIOLOGIE

Au village pendant la guerre. Sentiments, idées et caractères, par un médecin de campagne, par le Dr ANTOINE (1 vol., 156 p. Editions de la *Revue Mondiale*, Paris, 1924).

Sous le pseudonyme de Dr Antoine, un de nos collègues, publie les résultats d'une enquête poursuivie pendant le cours de la guerre dans les différents milieux sociaux d'un village du Berry. Notant au jour le jour, tous les faits qu'il observait, tous les propos qu'il entendait, toutes les confidences et lettres dont il avait communication, il a donné un tableau, d'un caractère objectif, des répercussions de la guerre mondiale sur ce microcosme.

Les livres sont nombreux qui ont fait connaître l'état d'esprit des combattants. Par contre, l'étude de l'état mental des populations rurales a été laissée dans l'ombre. Observateur impartial, l'auteur révèle les émotions protéiformes, les oscillations du moral, les courants irrésistibles et fugaces de l'opinion publique, les crédulités de la foule, les manifestations du dévouement, de la vanité et de l'égoïsme, etc. Femmes, paysans, administrateurs, politiciens, blessés hospitalisés, infirmières, tous montrent à nu leur état d'âme.

On connaît les caractères des psychoses obsidionales : sous l'influence d'émotions vives et prolongées, déterminant une éclipse du sens critique, on voit se propager des jugements passionnés, des erreurs nombreuses, des interprétations fausses qui peuvent s'organiser en une espèce de délire interprétatif, collectif et passager. De cet ordre de faits doivent être rapprochées bien des observations du Dr Antoine. Son œuvre fournira des documents exacts non seulement à l'historien, curieux d'enregistrer le retentissement de grands événements historiques dans un village, mais encore au sociologue et au psychologue qui s'intéressent aux manifestations de la psychologie collective, de la contagion mentale, de la suggestibilité des foules.

Dr P. SÉRIEUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 Février 1925

Présidence : M. le D^r LAIGNEL-LAVASTINE

Un nouveau cas de manie consécutive à l'emploi du gardénal (chez une épileptique syphilitique), par MM. TRÉNEL et VUILLAME. — Epileptique de 62 ans. Le Gardénal à la dose de 0,20 centigrammes une 1^{re} fois, de 0,10 centigrammes une deuxième fois produit un état d'excitation ébrieuse sans faire disparaître totalement les crises.

Sur deux cas de contracture douloureuse des doigts par catatonie dans la démence précoce et la mélancolie de la ménopause, par MM. TRÉNEL et VUILLAME (*Présentation de deux malades*). — Rétraction bilatérale de l'auriculaire, de l'annulaire et du médius par contracture volontaire chez une démente précoce circulaire ; rétraction de tous les doigts de la main gauche dans une psychose de la ménopause à type de mélancolie anxieuse.

L'apparition de symptômes catatoniques dans les psychoses de l'âge critique ne suffit pas pour permettre de considérer celles-ci comme des catatonies (au sens de démence précoce tardive) et de confondre les maladies différentes, à cause de leurs terminaisons analogues.

D'autre part, au point de vue pathogénique, dans le 2^e cas l'apparence de *main succulente*, des douleurs, la contracture, ne permettraient-elles pas de supposer une origine sympathique à ce syndrome.

Paralysie générale juvénile. Hérité similaire, M. P. SCHIFF présente une jeune fille de 21 ans, à l'aspect infantile, atteinte de troubles endocriniens et chez laquelle on constate un état démentiel global avec euphorie niaise, sans idées de grandeur. La ponction lombaire montre un syn-

drome humoral très positif. La marche progressive de la démence, l'absence de signes de sclérose cérébrale localisée, l'irréductibilité du syndrome humoral permettent de conclure à une paralysie générale. L'affection simule, comme il est fréquent en ces cas, certaines formes d'idiotie. La malade a eu une méningite à l'âge de 6 mois et la démence évolue chez elle sur un fond d'arriération mentale.

Une méningite du premier âge a frappé aussi deux frères aînés de la malade et l'étude des commémoratifs permet, chez cette jeune fille vierge, d'incriminer avec le maximum de vraisemblance la syphilis héréditaire. Il s'agit d'hérédité similaire, la mère a été internée en 1910, sur certificat de Magnan, pour paralysie générale et est morte en 1912 de cachexie paralytique. Un des deux frères présente actuellement un syndrome « psychasthénique » avec céphalées violentes, mais sans troubles de l'intelligence. La ponction lombaire est négative chez ce sujet ; sa mère avait subi, étant enceinte de lui, un traitement spécifique qu'elle ne reprit pas dans la suite.

MM. LEROY et LELONG présentent une débile à fond interprétatif par constitution paranoïaque latente. Cet état mental, s'est, depuis des années, cristallisé autour d'une idée fixe délirante : la double vie supposée de son mari caché sous un déguisement. Il s'ensuit de singulières réactions : la malade est poussée à tirer les cheveux ou la barbe de tout homme qu'elle rencontre et même à découvrir les femmes. La satisfaction de cette tendance, qui n'a aucun caractère de l'obsession, s'accompagne d'une chute de la pression artérielle.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Asile de Dury-les-Amiens. — M. le D^r CHARON, directeur médecin, est mis à la retraite à partir du 1^{er} mars 1924 et remplacé par M. PORTEVIN, dans ses fonctions de directeur administratif. Un poste de médecin chef ayant été supprimé, les services médicaux sont réunis et confiés à M. le D^r USSE.

Asile de Braqueville. — M. le D^r GIMBAL est nommé médecin chef.

Asile de Blanche-Couronne (Savenay). — Le poste de médecin chef est maintenu. Nous en avons annoncé la vacance à la suite du décès de M. le D^r SAGNET.

Ces décisions viennent très heureusement clore les incidents auxquels notre collègue M. Beaudouin fait allusion dans la chronique de ce numéro des *Annales*.

On sait que le préfet de la Somme prétendait imposer, contre toute équité, un déplacement d'office au D^r Usse, médecin de l'asile d'Amiens.

A Toulouse, c'est le médecin-directeur, M. Dide, qui propose la suppression d'un poste de médecin, « sous le couvert » de M. le Préfet de la Haute-Garonne. Et ce dernier s'inquiète de savoir quelle suite a été donnée à un vœu émis dans le même sens par la commission de surveillance de l'asile.

A Blanche-Couronne enfin, c'est le directeur administratif qui déclare inutile l'unique médecin de l'établissement. Ici encore le Préfet de la Loire-Inférieure vient en personne soutenir cette invraisemblable proposition.

Au cours d'une réunion provoquée par M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, M. Henri Colin s'est énergiquement élevé, au nom de l'Association amicale des aliénistes, contre de telles prétentions. Il a montré que c'est au ministre seul et non au préfet qu'il appartient de modifier l'or-

ganisation médicale ou administrative d'un asile. C'est cette thèse, défendue également par M. Ponlet, conseiller d'Etat, qui a finalement triomphé, grâce à l'appui du Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène, M. Lebeau, et du chef du 1^{er} bureau, M. Haye, que le Comité de l'Amicale, dans sa dernière réunion, a tenu à remercier de leur efficace intervention.

G. DEMAY.

Asile de Prémontré (Aisne). — M. le D^r Paul Abély, du concours de 1924, est nommé médecin-chef de service de l'asile de Prémontré.

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

(11 mars 1925)

Nous publions ci-dessous le détail des points obtenus par les candidats et le texte des questions données.

NOMS	Titres	Anatomie	Pathologie interne	Pathologie mentale	Administration	Total d'admissibilité	Epreuve clinique orale	Epreuve clinique écrite	Total	Place
Chanès	181/2	26	15	26 1/2	19	105	351/2	331/2	174	1
Robin.....	251/2	29 1/2	15	29	4	103	36	35	174	2
Porcher.....	261/2	29	16	23	19	113 1/2	32 1/2	27	173	3
Carrette.....	19	28	11	27	15	100	36	33	169	4
Nayrac	18	29	16 1/2	16	8 1/2	88	37 1/2	37	162 1/2	5
Fromenty.....	18	24	10	23 1/2	15	90 1/2	35	33	158 1/2	6
Godard	15	22	18	19	18	92	31	35	158	7
Bauer.....	16	27	14	23 1/2	12	92 1/2	27 1/2	31	151	8
Desport.....	20	28	16	16	10	90	27 1/2	—	—	—
Carriat.....	13	17	13	22	4	69	—	—	—	—
Laurent.....	19	15	7	16	10	67	—	—	—	—
Papon	121/4	18	8	10	7	55 1/4	—	—	—	—

La limite d'admissibilité a été fixée à 75 points.

14 candidats étaient inscrits, 12 se sont présentés aux épreuves écrites.

Questions écrites

(Les questions tirées au sort sont précédées d'un astérisque)

Anatomie. — 1. Zone de Wernicke (centres sensoriels du langage) et physiologie du langage ; *2. Voies optiques

(sans l'histologie de la rétine). Anatomie et physiologie ; 3. Circulation artérielle du cerveau. Anatomie et physiologie.

Pathologie interne. — *1. Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans un Asile d'aliénés ; 2. Diagnostic et prophylaxie des dysenteries ; 3. Formes cliniques de la pneumonie.

Pathologie mentale. — 1. Le mutisme ; *2. Les délires séniles ; 3. Psychoses puerpérales.

Administration. — 1. Rôle du Préfet dans l'organisation et le fonctionnement des établissements consacrés aux aliénés ; *2. Le Budget des Asiles d'aliénés ; 3. Formalités légales et réglementaires concernant la sortie d'une personne internée dans un Asile d'aliénés.

Le concours pour sept places de médecin-chef des Asiles publics d'aliénés a commencé le 2 mars, sous la présidence de M. le D^r Dequidt, Inspecteur général des services administratifs. M. Haye, délégué du Ministre, chef de bureau au Ministère de l'Hygiène, assistait aux séances. Le jury comprenait MM. les Docteurs Euzière, Prince, Naudascher, Wahl, Maupaté et Mlle Pascal, membres titulaires ; MM. les Docteurs Pasturel et Trénel, membres suppléants.

Le concours s'est terminé, le 11 mars, par la nomination de MM. les Docteurs Chanès, Robin, Porcher, Carrette, Nayrac, Fromenty, Godard.

CONCOURS DES ASILES DE LA SEINE

Un concours pour 2 places de médecin-chef de service des Asiles de la Seine a eu lieu du 16 au 21 mars 1925. Le jury était composé de la façon suivante :

Président : M. le D^r Dequidt.

Membres titulaires : MM. les D^{rs} Bonnet, Camus, Danjean, Lerat, Marie, Toulouse.

Membres suppléants : MM. les D^{rs} Adam (Frantz), Capgras.

M. le D^r Bonnet, absent, a été remplacé par M. le D^r Capgras.

Les représentants de l'Administration étaient M. Haye pour le Ministre de l'Hygiène, et M. Chandet pour le Préfet de la Seine.

4 candidats se sont présentés et ont obtenu les points suivants :

NOMS	Services administratifs max. : 10	Titres scientifiques max. : 40	Epreuve orale max. : 20	Epreuve écrite max. : 30	Total
MM. les D ^{rs} :					
Petit.....	8	34	19	29	90
Pascal.....	9	35	17	27	88
Naudascher.....	10	35	17	24	86
Benon.....	8	33	15	28	84

Le concours s'est terminé par la nomination de M. le D^r Petit et Mme le D^r Pascal.

CENTENAIRE DE CHARCOT

ET VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE

DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

L'année 1925 rappellera une date mémorable dans l'histoire de la Neurologie : c'est le *Centième Anniversaire de la naissance de Charcot*.

Tous ceux qui s'intéressent aux maladies du système nerveux voudront honorer la mémoire de celui qui fut le fondateur de la science neurologique.

La Société de Neurologie de Paris a pris l'initiative de célébrer le *Centenaire de Charcot*. Un Comité d'organisation a été constitué dans ce but. Il a obtenu le *haut patronage* de :

- M. le Président de la République Française,
- M. le Ministre des Affaires Etrangères, Président du Conseil,
- M. le Ministre de l'Instruction Publique,
- M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène,
- M. le Président de l'Académie des Sciences,
- M. le Président de l'Académie de Médecine,
- M. le Recteur de l'Université de Paris,
- M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
- M. le Préfet de la Seine,
- M. le Président du Conseil Municipal de Paris
- M. le Président du Conseil général de la Seine,
- M. le Directeur de l'Assistance Publique.

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Présidents d'honneur : MM. Pierre MARIE, PITRES, Paul RICHER.

Président : M. BABINSKI.

Secrétaire général : M. SOUQUES.

Membres du Comité : MM. BLIN, Jean CHARCOT, H. COLIN, DUTIL, Georges GUINON, HALLION, Paul LONDE, PARMENTIER, anciens élèves de Charcot.

Le Bureau de la Société de Neurologie de Paris : MM. O. CROUZON, Georges GUILLAIN, Henry MEIGE, BARBÉ, P. BÉHAGUE.

Editeur : M. Pierre MASSON.

Le programme des Fêtes commémoratives est fixé de la manière suivante :

Lundi, 25 mai, à 9 heures, Réunion neurologique internationale annuelle, à l'Amphithéâtre Charcot, Clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière. Discussion des Rapports sur la Sclérose latérale amyotrophique. A 15 heures, à l'Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières, à la Salpêtrière, suite de la discussion sur la Sclérose latérale amyotrophique.

Mardi, 26 mai, à 9 heures, séance exceptionnelle. Commémoration du 25^e Anniversaire de la Société de Neurologie, au Siège social, 12, rue de Seine. Discours de M. le Professeur GUILLAIN. Communications des membres correspondants étrangers et des invités de la Société. — A 15 heures, Séance de l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte. Eloge de Charcot, par M. le Professeur Pierre Marie. Quelques Neurologistes étrangers seront invités par le bureau de l'Académie et pourront exposer brièvement le développement de la neurologie dans leurs pays respectifs. — A 21 heures, Séance au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République, et sous la présidence de M. Justin Godart, Ministre de l'Hygiène. Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire. — Adresses des délégués officiels des Gouvernements étrangers. — Allocution de M. le Doyen de la Faculté de Médecine, des représentants de l'Institut, de l'Académie de médecine, de l'Institut Pasteur, de la Société de Neurologie, de la Société de Biologie, de la Société anatomique, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Mercredi, 27 mars, à 9 heures et à 15 heures, à l'Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières, à la Salpêtrière, discussion des Rapports sur la Migraine. A 20 heures, banquet au Palais d'Orsay.

Jeudi, 28 mai, à 17 heures, réception par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, à l'Hôtel de Ville, des neurologistes assistant au Centenaire et des membres du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

N. B. — Le Comité rappelle que l'adhésion aux cérémonies commémoratives ne comporte aucune cotisation.

Les chemins de fer français ne consentent aux voyageurs aucune réduction de tarif.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Sont nommés au grade de Chevalier: M. le docteur CORNU, médecin directeur de l'asile de Bassens (Savoie); M. le docteur FENAYROU, médecin directeur de l'asile de Rodez.

NÉCROLOGIE

M. PAUL MAGNY

M. Paul MAGNY, sénateur, président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, est décédé le 12 février 1925. Elevé au contact des Sainte-Beuve, des Renan, des Goncourt, des Alph. Daudet, ancien sous-directeur des cultes, préfet honoraire, M. Magny, avant son élection au Sénat, avait remplacé M. DeFrance comme directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine. Tout le monde se souvient de la façon brillante dont il s'acquitta de ces délicates fonctions et nous n'oublions pas l'intérêt constant que cet homme distingué, aimable et bon sut porter aux questions qui nous intéressent plus particulièrement. Avec la collaboration de MM. Pelletier et Raiga, il fit de l'Assistance départementale et du Service des Aliénés un des organismes les plus parfaits de la Préfecture de la Seine. Nous adressons à sa famille l'expression de notre respectueuse sympathie.

H. COLIN.

M. le Docteur BELLAT

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le Dr Bellat, médecin des asiles publics, ancien médecin directeur de l'asile de Breuty-la-Couronne, décédé le 25 décembre 1924, à l'âge de 75 ans.

M. le Docteur Gaston LALANNE

M. le D^r Lalanne, médecin directeur de la Maison de sante de Castel-d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux, est décédé à l'âge de 63 ans. En dehors de ses travaux sur les maladies mentales, M. le D^r Lalanne s'occupa d'histoire naturelle, d'archéologie et surtout de recherches sur la préhistoire où ses découvertes l'avaient placé au premier plan.

PRÉFECTURE DE POLICE

Asiles publics d'aliénés. — M. Paul Farez, médecin-inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin-inspecteur titulaire.

Sont nommés médecins-inspecteurs adjoints : MM. Rogues de Fursac, Capgras et Roger Dupouy.

ASILE DE NAUGEAT

Limoges, 3 mars. — Une mutinerie s'est produite au cours de la nuit dans un dortoir de l'asile d'aliénés de Naugeat, dans lequel se trouvaient une quarantaine de pensionnaires.

Deux gardiens, qui essayaient de rétablir le calme, ont été sérieusement malmenés et il a fallu l'intervention de tout le personnel de l'établissement, qui abrite actuellement 1.200 malades, pour mettre fin à une scène qui pouvait avoir les plus dangereuses conséquences. (*Journal*).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès de médecine légale de langue française

Ce Congrès aura lieu à Lille, sous la présidence de M. Leclercq (de Lille), les 25, 26 et 27 mai 1925.

Vice-présidents : M. Dewez (de Mons, Belgique), et le professeur Raviart (de Lille).

Questions mises à l'ordre du jour :

1° La mort par inhibition, rapporteurs : MM. les professeurs agrégés Duvoir et Ch. Richet fils (de Paris);

2° Tumeurs malignes et traumatismes, rapporteurs : MM. Cordonnier et Muller (de Lille);

3° La criminalité des blessés du crâne. Responsabilité pénale et assistance pénitentiaire, rapporteur : M. le professeur agrégé Porot (d'Alger).

Société suisse de Psychiatrie

La soixante-huitième réunion de la Société suisse de psychiatrie aura lieu les 13 et 14 juin 1925 à Kreuzlingen et Münsterlingen.

RAPPORTS: 1. *La stérilisation des aliénés.* Rapporteur : professeur Maier, Zurich. — 2. *Recrutement et formation du personnel infirmier.* Rapporteurs : docteur Repond et docteur Morgenthaler.

Nous prions nos confrères ayant l'intention de présenter des communications sur les thèmes ci-dessus, de bien vouloir les annoncer au Président soussigné (docteur Repond, directeur de la maison de santé de Malévoz, Monthey) au plus tard pour le 10 mai.

Nous saisissons cette occasion de vous faire connaître que le Gouvernement badois a invité la Société suisse de psychiatrie à une réception qui aura lieu à l'asile de la Reichenau. Il serait nécessaire que les participants au congrès ayant l'intention de se rendre à cette invitation le fassent connaître au plus tôt au docteur Binswanger (Kurhaus, Bellevue, Kreuzlingen).

Le Président :

Docteur A. REPOND.

Le Secrétaire :

Docteur H. STECK.

LA « FEUILLE DE DÉCLARATION DE REVENUS »

COMME TEST DE PARALYSIE GÉNÉRALE

Un contrôleur des contributions me signalait récemment ce cas qui lui semblait relever d'une psychologie pour le moins inaccoutumée chez ceux à qui il essayait de faire avouer la somme réelle de leur revenu.

Un individu taxé l'année antérieure sur un revenu de 15.000 fr. venait spontanément le trouver et lui déclarait que sa fortune avait considérablement augmenté. Il était, selon ses dires, immensément riche et malgré que ses chaussures fatiguées et son habillement modeste, un peu débraillé même, ne justifiaient pas une telle opulence, notre homme, devant le contrôleur intrigué, jonglait avec les nombres et ne regardait pas à placer à leur suite les quelques zéros, qui de 15.000 à 150.000 et à 500.000, les amenait finalement à l'ordre des millions. On le taxa en conséquence.

Aujourd'hui, la famille, abasourdie par un chiffre d'im-

pôt qui dépasse même ses possibilités en capital, proteste et se débat avec le perecepteur.

Le contrôleur, instruit à nouveau de cette affaire extraordinaire, me demandait, au hasard d'une rencontre, quelle sorte d'original ce pouvait être que celui-ci, qui, aujourd'hui encore, affirmait énergiquement l'immensité de ses revenus. J'appris cependant ainsi que notre homme « bafouillait un peu », « qu'il n'était pas très fixé quant à ses chiffres qui montaient avec une absurdité vertigineuse au gré de la conversation ».

La famille, à part ce geste étrange, n'a encore, paraît-il, rien remarqué qui lui permette de considérer que son chef, devant la loi et l'impôt, soit irresponsable.

Sans plus savoir, je présume qu'il s'agit d'un début de P. G. Faute de connaître davantage du cas, mon interlocuteur étant lié par le secret professionnel, je n'oserai affirmer médicalement ce qui n'est jusqu'à présent que le diagnostic du contrôleur. Mais si cette réaction, la déclaration mégalomane de revenus, chez un P. G., était bien à prévoir, il est curieux de voir la feuille de déclaration prendre ici la valeur d'un test et démasquer la psychose latente. Je conseillai donc l'intervention d'un médecin dont le certificat éclairera vraisemblablement le fise et peut-être aussi la famille.

André GILLES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

Le *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, que dirigeait le Prof. Crocq, est devenu, depuis le 1^{er} janvier 1925, l'organe officiel des Sociétés de médecine mentale de Belgique, de Neurologie et de Psychologie et du Groupe belge d'études oto-ophtalmo-neuro-chirurgicales.

Le *Journal* paraît mensuellement (80 pages de texte par n°). Il est dirigé par M. le Dr R. Ley, administrateur-rédacteur en chef, avec la collaboration de MM. les Drs Hoven et Martin, secrétaires généraux des Sociétés. Le *Journal* publie des travaux originaux, les comptes rendus des trois Sociétés, des revues générales, les analyses des principaux travaux de neuro-psychiatrie.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à l'Administrateur, 10, avenue de la Ramée, Uccle.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie GOUESLANT (personnel intéressé). — 30.562

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*Carnet médical individuel pour Aliénés,
fichier central
et autres moyens d'investigation*

Cette question, discutée dans deux séances de la Société Médico-Psychologique, en février et mars 1924, vient d'être reprise dans une troisième et récente communication. Beaucoup d'idées théoriques ont, à ce propos, été exposées, mais tempérées par quelques mises au point et par quelques remarques d'ordre pratique. Il apparaît en effet que la réforme demandée ne soit pas, sur le point particulier du carnet individuel, d'une nécessité absolue et n'arrive rien moins qu'à constituer une superfétation fastidieuse, rapidement vouée à l'insuccès. La médecine d'asile ne peut pas ne pas évoluer dans un cadre administratif, du fait même des dispositions



légales et réglementaires qui en régissent le fonctionnement et partant, elle a toujours comporté, inévitablement, tout un ensemble de documentations, de pièces, de dossiers. Reste à déterminer où ces documents, une fois colligés, collectionnés, doivent être entreposés et comment ils peuvent servir à éclairer l'administration et le corps médical traitant, les besoins de l'une étant aussi impérieux que ceux de l'autre : le psychiatre en effet propose et le Préfet dispose, quand ce n'est pas le tribunal.

Couramment, universellement, tous les procès-verbaux de constats, d'enquêtes, d'auditions de témoins, de dépositions, les éléments d'ordre judiciaire, sont réunis dans un dossier qui, à Paris, reste la propriété de la Préfecture de police. En province, à en croire certains collègues qui s'en plaignent dans leurs rapports annuels, des préfectures garderaient dans leurs bureaux ce dossier, alors que d'autres n'hésitent pas s'en dessaisir et à le remettre à la direction de l'asile (à charge pour cette dernière d'en retourner, au besoin, copie des éléments essentiels) : *Modus faciendi* contre lequel nous ne pouvons rien, sinon que d'y pallier par nos propres moyens, la possibilité entière nous étant laissée de puiser sur place le complément de renseignements qui nous intéresse. Au demeurant, le point important est de savoir que tel aliéné est dangereux et qu'il s'est livré à telle réaction anti-sociale. A Paris, le fait est connu par l'arrêté préfectoral de placement d'office qui donne copie du certificat de l'infirmerie spéciale ou des conclusions du rapport médico-légal de l'expert commis. L'attention du médecin de la Seine est donc mise en éveil, car quels que soient les différents passages du malade de service à service où d'asile à asile, copie de tous les certificats successivement

rédigés depuis l'infirmerie spéciale, est établie par les soins de l'asile transféreur aux bénéfices de l'asile récepteur. En admettant même que les motifs graves qui ont pu entraîner l'internement soient oubliés du médecin qui proposerait la mise en liberté, nous savons que l'administration du Préfet de police est vigilante — et c'est encore là un intérêt pour elle à garder ses dossiers — et que l'ordre de sortie ne sera signé qu'en toute connaissance de cause. De plus, qu'il s'agisse d'un placement effectué à la demande de l'autorité judiciaire, la Préfecture de police — suivant une coutume qu'elle a adoptée — se dessaisira de l'affaire et laissera au seul tribunal le soin de prendre une décision. Etant donné ces garanties, de quelle utilité peut être le livret individuel de l'aliéné, dans les limites du département de la Seine, puisque le médecin y est en possession de tous les certificats concernant chacun de ses malades et que le carnet proposé serait — tel qu'il est préconisé — d'ordre inter-médical et non d'ordre inter-administratif. Mais alors se dresse la crainte du transfèrement du malade en province — crainte qui pourrait paraître d'autant justifiée qu'il est dans la politique d'assistance de la Seine de diriger sur les départements le maximum de ses administrés nocifs, dangereux, anti-sociaux.

Chaque malade transféré est régulièrement accompagné de l'ensemble des certificats dont il a déjà été fait mention plus haut ; personnellement, je tiens à le préciser, je n'ai jamais vu cette pratique en défaut ; la charge en incombe à la direction de l'asile transféreur, toute latitude étant laissée au médecin de renseigner son collègue auquel va échoir le malade, par tel procédé qu'il jugera utile. Le plus simple et le plus expéditif est qu'il le fasse par le

certificat de situation « aux fins ou au moment du transfèrement », certificat qui contiendra le diagnostic, les particularités cliniques ou de laboratoire, les résultats favorables — ou nuisibles — de telle ou telle thérapeutique spéciale, les réactions de l'aliéné, soit par transcription de celles qui ont été signalées officiellement comme survenues au dehors, soit par énoncé de celles constatées à l'asile et enfin son passé connu, soit judiciaire, soit manicomial. Je dirai même que c'est là le seul procédé légal, car, qu'on le veuille ou non, le médecin d'asile est tenu de renseigner son administration et ce faisant il est délié des obligations du secret professionnel. De quelle utilité deviendrait alors ce carnet individuel de nature non administrative ? A faire connaître, de médecin à médecin, des éléments qui ne seront que la répétition de ceux que recevra la direction de l'asile, car pour mon compte personnel j'estime que rien n'est à signaler qui ne puisse figurer dans un certificat légal, la discrétion tant au secrétariat de la direction qu'au bureau médical, devant être, par principe et par organisation, obtenue. Mais revenons à notre aliéné dangereux qui vient d'arriver par transfèrement de la Seine en province. S'il est plus particulièrement dangereux il est — au moins depuis quelques années — dans la pratique du service des aliénés de la préfecture de police, d'adresser à la préfecture de l'asile récepteur — qui a à en faire communication à la direction de cet asile — un résumé des réactions anti-sociales qui ont motivé l'internement de l'individu, et même au besoin une copie du rapport médico-légal dont il a pu faire l'objet. Spontanément, ce même service fait quelquefois parvenir également, un relevé des sommiers judiciaires visant l'interné qui sans être outre mesure dangereux est toutefois un anti-social.

J'ai dans mon service une femme de 50 ans qui a été placée en février 1923 dans les asiles de la Seine et qu'on m'a transférée en mai 1923. J'aurais eu, à la rigueur, assez des données de mon observation directe pour me faire une opinion sur le passé de cette débile mentale, prostituée de métier, et non délirante. Mes suspicions à son égard ont été corroborées par la réception, quelque temps après son arrivée, d'un relevé — que je n'avais pas demandé — de 23 condamnations subies de 1909 à 1923, pour des délits stéréotypés (ivresse avec outrages, ou violences, ou bris de clôture, ou vagabondage, ou mendicité).....

Il est vrai que ce sont peut-être là procédés attribuables à l'initiative heureuse d'un chef de service soucieux des intérêts que lui confèrent ses attributions, plus qu'au fonctionnement automatique d'une institution. Où pourrait-on trouver dans le carnet individuel intermédical des renseignements de l'ordre ci-dessus, à moins qu'un des collègues de la Seine ait pris, à un moment donné, la peine d'aller les puiser dans le dossier de la préfecture de police et ait jugé bon de les transcrire sur ce carnet.

En définitive, toutes dispositions précédemment relatées étant prises, si le malade recouvre la liberté, ce n'est pas faute de renseignements, mais parce que les circonstances ont voulu qu'il en soit ainsi. D'ailleurs notre confrère, le Dr Dabout, auquel revient l'initiative d'avoir agité ces questions, sait très bien que le médecin ne peut, pour le placement d'office, qu'émettre des suggestions et donner des avis, des éléments étrangers et indépendants de sa volonté — sur lesquels il serait épineux d'insister — pouvant parfois entraîner des décisions que laissé à sa propre initiative il ne prendrait pas ; c'est unique-

ment ce à quoi j'avais fait allusion quand le Dr Dabout m'a fait la gracieuseté d'invoquer mon témoignage. Avec lui nous serons unanimement d'accord pour reconnaître qu'il est une classe d'antisociaux pour lesquels le maintien prolongé — si ce n'est définitif — dans des asiles de sûreté serait désirable, mais ces asiles sont à créer et les moyens légaux d'application de la mesure, à voter. Ce sont là éléments qui dépassent le cadre du sujet traité.

Jusqu'à présent il ne s'est agi que de malades pris à un point de part et suivis le long d'une filière administrative. Pour eux peu ou pas d'inconvénients à ce que nous vivions sur nos actuelles pratiques de bureau. Mais là n'est pas tout le problème et c'est alors que des innovations méritent d'être envisagées.

Si tous les aliénés ou déséquilibrés antisociaux concentraient leur vie judiciaire ou manicomiale dans les limites de leur département d'origine, il serait facile de ne les point perdre de vue et de se prémunir contre leur nocivité éventuelle. Mais tel n'est point ainsi que les choses se passent, surtout que les individus que nous visons sont en majorité des instables et qu'en changeant de région ils arrivent à acquérir de la sorte une manière d'impunité. Je n'en prendrai pour preuve que l'observation suivante qui est celle de Jourdan, cet assassin d'enfant dont a parlé M. le Dr A. Marie lors de la communication du 25 février 1924. Ce n'est pas tant le fait pour cet individu d'avoir été interné plusieurs fois et d'avoir été inculpé à diverses reprises qui illustre le sujet qui nous occupe, ce sont les détails mêmes de ces mesures dont il a fait l'objet qu'il est curieux de connaître. Ils nous sont révélés par une publication faite en Belgique par notre collègue, J. Charpentier, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auxerre, dans la *Revue de*

Droit pénal et de Criminologie et les Archives internationales de Médecine légale (nos 8, 9, 10 d'août, septembre, octobre 1922, p. 739).

Jourdan, le 22 septembre 1920, assomme un garçon de 9 ans 1/2 à coups de poings; il le charge dans sa voiture et le dépose dans un bois, 7 km. plus loin et à 3 km. 1/2 de la ferme où il est employé. Il revient le soir vers l'enfant; d'un coup de couteau il l'égorge, il arrache ses vêtements, il lui ouvre le ventre jusqu'à désarticuler la symphyse pubienne, il fouille les entrailles qu'il larde de coups de couteau et qu'il arrache avec furie; enfin il désarticule la tête, les genoux, les coudes, et cache tous ces débris qui sont découverts peu après.

Ce n'est pas le seul motif pour lequel il est poursuivi par le même parquet; on lui reproche en outre 2 tentatives de meurtre sur 2 garçonnets et de nombreux vols de coiffures d'enfants.

Le 8 août 1920, il a en effet saisi brusquement à la gorge un garçon de 14 ans, l'a serré contre lui et l'a jeté à terre; mais il a dû s'enfuir en raison de l'arrivée de personnes.

Quelques instants après, il a serré un garçon à la gorge, l'a soulevé, jeté violemment à terre et frappé à la tête de coups de souliers; il l'a laissé pour mort.

Enfin du 1^{er} mars au 30 août 1920, on connaît une dizaine de vols de coiffures à son actif et le 30 septembre, au cours de la perquisition opérée chez lui, on ne découvre pas moins de 30 coiffures d'enfants.

L'histoire de ce criminel est des plus lamentables.

En juillet 1896, à 16 ans, il est condamné à 8 jours de prison pour vol; en 1897, à 20 jours de prison pour la même cause. A cette époque il commence à dérober des casquettes.

En mars 1900, il tente d'étrangler un garçon de 10 ans, le laisse pour mort, le cache et a l'intention de revenir à sa victime. Arrêté, il est expertisé par M. le Dr Leroy et interné à l'asile d'Evreux. Réclamé par son père, il obtient sa mise en liberté en août 1908.

En décembre 1909, il est condamné pour vagabondage et bris de clôture, et en janvier 1910 pour vols:

En mai 1910, il essaye d'étrangler un garçon de 7 ans 1/2 et avoue que s'il avait eu un couteau il l'aurait tué. Il est inculpé en même temps de vols d'une dizaine de casquettes. A la suite d'une expertise confiée à M. le Dr Nouet, il est interné à l'asile d'Evreux en juillet 1910. Après 2 évasions avortées, il s'évade à nouveau le 17 août 1911. Le 30 septembre, il est arrêté pour tentative de strangulation d'un garçonnnet et réintégré à l'asile. Il s'évade à nouveau le 2 décembre 1911, et cette fois, au lieu de

rester dans l'Eure où jusqu'à présent il a séjourné, il passe dans un département voisin. Là, ses internements, son évasion de l'asile et partant ses tentatives de meurtres restent officiellement ignorés. Il est arrêté, mais pour simples vols de casquettes. Le parquet est bien en possession de son casier judiciaire, mais n'y figurent pas les 3 tentatives de meurtre, puisque deux instructions ouvertes à ce sujet se sont closes par un non-lieu et un internement et que les poursuites pour le troisième crime, exécuté en cours d'évasion, ont été éteintes par réintégration à l'asile. Jourdan aurait été relâché, après bénigne condamnation, si le juge d'instruction prescrivant une enquête sur ses antécédents, dans les environs d'Evreux — enquête qu'il pouvait très bien être amené à ne pas réclamer — ne lui avait appris l'évasion de Navarre de l'inculpé.

Jourdan, après non-lieu, est réintégré à l'asile d'où il s'évade définitivement le 1^{er} juin 1919. Il gagne une région éloignée, l'Yonne très vraisemblablement, et le 3 juin 1919, surlendemain de son évasion, il essaye d'étrangler un garçon de 8 ans qui ne doit son salut qu'à l'arrivée d'un témoin. Arrêté, Jourdan essaye de donner un faux état-civil, mais il est identifié et condamné à 3 mois de prison pour « violences à enfant et ivresse ». Libéré le 5 septembre 1919, il tente d'étrangler, le 25 octobre, un garçon de 10 ans qu'il laisse pour mort dans un bois. Poursuivi par le même parquet que lors de l'affaire précédente, il ne semble pas qu'il ait été reconnu (!!) et pour comble (!!), sur le relevé de casier judiciaire demandé, est omise la précédente condamnation prononcée en juillet 1919, qui aurait pu attirer l'attention déficiente des magistrats sur ces actes de nature spéciale. Il est condamné le 7 novembre 1919 à un mois de prison et laissé en liberté provisoire.

Il vole à plusieurs reprises des casquettes, et pour ces faits, revient une troisième fois devant le même tribunal ; son casier judiciaire, cette fois encore, est vierge de la condamnation de juillet 1919 et naturellement des poursuites de 1900 et 1910, pour tentatives de meurtres qui se sont clôturées par un non-lieu. Jourdan est condamné le 28 novembre 1919 à 2 mois de prison pour vols. Libéré le 20 février 1920, il essaye, le lendemain, d'étrangler un garçon de 12 ans et le laisse à demi-assommé ; il est reconnu le 7 mars 1920, comme étant l'auteur de cette tentative de meurtre et un autre parquet que le précédent instruit cette affaire ; il est laissé en liberté provisoire. Dans l'extrait du casier judiciaire fourni manquent les deux condamnations ci-dessus prononcées en juillet et le 7 novembre 1919 pour violences. Le juge d'instruction poussant son enquête, apprend toutefois par le gardien de la prison où Jourdan vient de subir trois condamnations — enquête qui pouvait ne pas être faite —

que ce dernier a été poursuivi pour coups à enfants. Un autre extrait rectifié de casier judiciaire porte cette fois la condamnation du 7 novembre 1919 mais non celle de juillet 1919 (cette dernière ne sera connue plus tard, que par hasard, par un rapport de la brigade mobile). Le magistrat instructeur, au cours d'un supplément d'information, apprend que Jourdan a été interné à Evreux, mais ne demande aucun renseignement à cet asile. L'inculpé est expertisé, déclaré irresponsable, acquitté le 24 novembre 1920 et laissé en liberté.

Or laissé en liberté provisoire du 7 mars au 24 novembre 1920, il a pu de la sorte commettre 10 vols, 2 tentatives de meurtre et un meurtre, pendant ce laps de temps.

Avec un casier central des aliénés tel qu'il doit être conçu, cette incroyable série de forfaits aurait pu être évitée.

Nous n'attribuerons qu'à la sollicitude humanitaire que confère aux aliénés leur qualité de malade, d'avoir échappé jusqu'à présent à une mesure qui paraîtrait les assimiler aux criminels, aux délinquants, aux hors-la-loi en général et pour lesquels tout un vaste système d'archives permet seul le jeu rapide et efficace des recherches judiciaires. Et cependant le casier central des aliénés s'impose et cela pour tous, sans exception, car tel malade qui à un moment donné a pu être interné pour des raisons de thérapeutique ou d'assistance pure, peut à un autre moment de son existence devenir un antisocial.

Un seul service, à mon avis, pourrait remplir ce nouvel office, c'est celui des aliénés de la préfecture de police. Il est déjà spécialisé ; il a dans ses attributions une bonne partie des internés du territoire et la majorité de ceux pour lesquels des moyens complets d'investigation sont réclamés. Par sa liaison étroite avec le service de l'identité judiciaire qui lui fournit le relevé des sommiers judiciaires de toutes les personnes dont il a le dossier, le travail de renseignements est déjà simplifié. L'on n'ignore pas, en

effet, que la section des sommiers centralise toutes les condamnations prononcées par tous les tribunaux de France contre tous les individus qui leur ont été déférés; ses fiches complètent celles de la mensuration et de la photographie; elle reçoit les avis de mandats délivrés par tous les parquets; elle jouit, en plus, du privilège de n'être pas atteinte par les dispositions des lois d'amnistie qui enjoignent aux greffes de ne plus faire état des condamnations ainsi effacées. Du point de vue médical, ce sont là des dispositions fâcheuses quand un expert a à apprécier l'état mental d'un prévenu et à prendre des conclusions qu'il ne peut quelquefois justifier qu'en connaissant son passé exact.

Le casier central des aliénés pourrait comprendre :

1) Les avis d'internement, de transfèrement, de sortie, d'évasion, de réintégration, de décès.

2) Le relevé de toutes les condamnations pris aux sommiers.

3) L'avis de poursuites suivies de non-lieu pour irresponsabilité, avec ou sans internement consécutif. La Société de Médecine légale a déjà émis le vœu que les dits non-lieux figurent dans les casiers judiciaires. Pour les raisons ci-dessus signalées, il serait, pour le moins, aussi avantageux que pareille notification soit donnée par les greffes, au service de l'identité judiciaire.

Des imprimés, conçus sur un modèle uniforme, pourraient être fournis aux asiles et comprendraient le nom, le prénom, le lieu, la date de naissance de l'intéressé, les noms et prénoms de son père et de sa mère. Lors de l'entrée, du transfèrement, de la sortie, de l'évasion, de la réintégration, du décès, un bulletin serait expédié au fichier central. L'entrée comprendrait l'indication du placement volontaire, du place-

ment d'office, du placement à la suite de non-lieu avec l'indication du délit ou du crime.

Tout juge d'instruction, surtout en cas d'expertise médico-légale, pourrait demander une copie de toutes les indications portées au fichier (à charge pour lui de ne pas faire état des condamnations amnistiées). L'expert pourrait ensuite s'en référer à chaque asile — à la rigueur par la voie du juge et du préfet — qui aurait eu le malade, pour avoir les quelques renseignements particuliers sur lesquels il voudrait être éclairé.

Par réciproque, le service du fichier aviserait tout parquet des internements, des évasions, des non-lieux pour irresponsabilité, des individus qui par l'intermédiaire de la section des sommiers lui seraient signalés comme étant sous mandat de dépôt. Il aviserait également l'asile des antécédents judiciaires du malade et de ses internements dans d'autres asiles, et cela automatiquement. Ce ne sont pas les seuls services que pourrait rendre ce fichier ; il permettrait de compléter les moyens de recherche des personnes disparues, par exemple.

Cette réforme, qui est du domaine de l'Administration, peut être envisagée sans l'intervention d'aucune disposition légale et on peut savoir gré au Dr Dabout d'avoir ému l'opinion à son sujet.

Docteur BEAUSSART.

Intervalles lucides et capacité juridique chez les aliénés

Par MM. Marcel BRIAND et Maurice BRISSOT

Depuis déjà bien longtemps les juristes se préoccupent de la question des intervalles lucides chez les personnes frappées de folie. Le code Justinien en précise la législation. Plus tard, au moyen âge, on trouve, dans les ouvrages des jurisconsultes, depuis Irnerius et Barthole (1100-1325) jusqu'à Alciat et Cujas (1500-1550), des dispositions relatives à l'incapacité civile des fous et des prodigues. L'opinion de ces juristes sert de base à l'ancien droit français.

Au xvi^e et surtout au xvii^e siècles, la médecine légale des aliénés devient plus concrète : Paul Zacchias consacre, dans son remarquable ouvrage, un chapitre particulier aux intervalles lucides. A peu près vers le même temps, en 1698, la question des intervalles lucides est clairement exposée par le Chancelier d'Aguesseau, et cela malgré l'imperfection des connaissances médicales de cette époque. Dans le procès célèbre, entre le prince de Conti et Mme de Nemours, à propos du testament de l'Abbé d'Orléans, d'Aguesseau se complut à définir, dans son plaidoyer, les caractères de l'intermission : « Sa nature, dit-il, est un calme réel, non apparent ; sa durée doit être assez longue pour pouvoir juger de sa vérité (1). »

Une centaine d'années après cette controverse, Emmanuel Fodéré reprit l'étude des intervalles lucides. Il soutint la même théorie que ses devanciers, à savoir que la rémission et le moment lucide n'ont aucune valeur du point de vue juridique, mais que l'aliéné recouvre complètement sa capacité civile et sa respon-

(1) *Ouvres du Chancelier d'Aguesseau*. Tome III, page 303.

sabilité durant les intermittences réelles. En droit romain, comme dans l'ancien droit français qui était exactement calqué sur la législation romaine, le fou, à la différence du prodigue, ne subissait pas d'interdiction. C'est l'exemple du roi Charles VI, qui, sujet pendant 29 années, à des accès maniaques périodiques, reprenait l'exercice de ses droits, dès qu'apparaissait une période de lucidité. Ce retour à la « capacité » mettait fin, *ipso facto*, au Conseil de Régence.

Au cours des législations postérieures, l'interdiction fût admise dans les cas graves d'aliénation mentale, mais son effet pouvait être suspendu pendant une intermission de la maladie, s'il se produisait, de la part de l'interdit, un acte qui dût motiver une reconnaissance officielle de sa capacité civile (arrêts des 11 mai 1703 et 10 juin 1704. Autorisation de tester reconnue à des interdits).

Telle se présentait la question, lorsque intervint le code Napoléon et la législation sur les intervalles lucides, qui, d'après certains auteurs, bouleverseraient les données du problème « en n'établissant aucune distinction entre les intervalles lucides, en les soumettant tous enfin à une interdiction et à une incapacité permanentes (1) ».

On verra qu'il n'en est pas tout à fait ainsi.

D'importants travaux ont été entrepris, au siècle dernier, sur la valeur juridique des périodes de lucidité survenant chez des malades atteints de troubles mentaux. Citons, en particulier, les ouvrages ou articles originaux publiés par Marc, J. Falret, le conseiller Sacaze, Legrand du Saulle et, plus près de nous, par Doutrebente, Krafft-Ebing et E. Régis.

Ce dernier fit paraître en 1887, dans l'*Encéphale* (2), un travail remarqué sur les intervalles lucides, dans lequel il prit prétexte de l'article 489 du Code Civil, pour démontrer que « la logique scientifique, la justice et la tradition exigeaient la réforme du régime légal

(1) E. RÉGIS. — *Des intervalles lucides considérés dans leurs rapports avec la capacité civile des aliénés* (*Encéphale*, mars-avril 1887, p. 181).

(2) E. RÉGIS. — *Loco citato*.

actuel, et la reconnaissance formelle de la valeur juridique des véritables intermissions ».

On désigne, en médecine mentale, écrit Régis, sous le nom générique d'intervalles lucides, l'ensemble des retours temporaires, passagers et plus ou moins complets de la raison chez les aliénés.

Il en existe, d'après tous les auteurs, trois variétés :

1° La *rémission* ou *rémittence* qui consiste dans une atténuation, plus ou moins marquée, des symptômes de la maladie.

2° Le *moment lucide* ou suspension complète, mais momentanée, des symptômes de la folie.

3° L'*intermission* ou *intermittence* conditionnée par un retour complet à l'état normal, compris entre deux accès d'aliénation mentale.

E. Régis reproche à la législation actuelle de ne faire aucune distinction entre les différents états de lucidité et de ne pas en tenir compte, lorsque le sujet est interdit.

Une première question se pose : est-on toujours absolument certain d'un retour réel à la raison, dans un intervalle lucide, et n'y a-t-il pas lieu de craindre que des rémissions, plus ou moins complètes puissent en imposer pour une véritable intermission et fassent rendre au malade une liberté qui serait évidemment nuisible, pour sa personne ou pour ses biens ? C. C. H. Marc avait déjà signalé ce danger quand il écrivait, en 1840 (1) : « Le rétablissement temporaire de la « raison donne-t-il toujours, par des signes quelconques, la mesure de la solidité et de la résistance que « la volonté libre peut opposer aux déterminations « que cette raison actuellement saine, si l'on veut, « mais mobile et facilement altérable, peut inspirer, « si momentanément elle perd son empire ».

E. Régis interprète la législation autrichienne comme étant favorable au principe de l'intervalle lucide. C'est aussi notre avis, mais à la condition, cependant, que l'existence de cet état soit démontré,

(1) C. C. H. MARC. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires (Tome II, p. 497).

en fait, au moment de l'acte. Il en va de même en Prusse, où l'on admet que la capacité civile persiste dans l'état de lucidité, sous la réserve, d'une part, qu'il n'y ait pas de tutelle et, d'autre part, que l'existence de l'intervalle lucide soit dûment constatée par le juge, assisté au besoin d'un médecin.

Krafft-Ebing, qui a étudié de ce point de vue les principales juridictions étrangères, et dont nous adoptons la manière de voir, ne s'aventure que prudemment sur le terrain des intervalles lucides. Voici ce qu'il dit à ce propos : « Les dispositions légales indiquent, « sans aucun doute, une certaine méfiance ou, tout au « moins, une grande prudence du législateur vis-à-vis « de l'intervalle lucide. Cette façon de voir est justifiée « par la science, puisque celle-ci considère l'intervalle « lucide comme fort rare et très difficile à distinguer « des simples rémissions de la maladie » (1). Krafft-Ebing va même jusqu'à déclarer que les périodes de santé dans la folie périodique ne sont pas toujours absolument nettes et il conclut que « la question de « savoir s'il y a eu un intervalle lucide est tout à fait « concrète et ne comporte aucun critérium, aucune « considération générale ». Ces états étant fort rares, ajoute-t-il, il y a contre eux une forte présomption juridique, comme, du point de vue criminel, il vaudrait mieux ne leur accorder aucune valeur dans la pratique civile (2).

Deuxième point : admettons que l'intervalle lucide soit constitué par une intermission véritable, c'est-à-dire par une disparition complète, intégrale de tous les troubles mentaux. N'a-t-on pas le droit, dans ces conditions, d'assimiler l'intermittence à une véritable guérison ? Régis (3) professe nettement cette opinion, d'accord en cela avec d'autres auteurs, dont J. Falret et Doutrebente. Le premier de ces deux médecins écrit : « une intermittence vraie est en réalité une

(1) R. VON KRAFFT-EBING. — *Médecine légale des Aliénés* (fascicule II partie civile. Edition française 1900, page 565).

(2) KRAFFT-EBING. — *Loc. cit.*, page 566.

(3) RÉGIS. — *Loc. cit.*, p. 184-185.

guérison temporaire ou momentanée » (1). Le second est du même avis : « Pendant l'intermission, dit-il, le « fou intermittent peut et doit être assimilé à un « aliéné guéri » (2).

Or, les prescriptions du Code relatives à l'interdiction édictent clairement que le majeur doit se trouver « dans un état habituel » d'aliénation mentale. Qui dit « habituel » exclut donc, *a priori*, toute idée de guérison ; c'est l'esprit même de l'article 489, et lorsque le législateur étend la mesure de l'interdiction aux intervalles lucides, il ne peut évidemment avoir en vue que certaines rémissions plus ou moins marquées qui se produisent dans la plupart des maladies mentales, c'est-à-dire les intervalles lucides de courte durée. Il tombe sous le bon sens, comme le reconnaît Vallon (3), que l'on ne saurait interdire une personne en état d'excitation maniaque, alors que ses accès sont de courte durée et qu'ils sont séparés les uns des autres par plusieurs années de lucidité ; l'aliénation mentale n'est pas *habituelle*.

Pour ce qui est de l'intermission, nous nous en tiendrons aux stipulations contenues dans les articles 504 et 901 du Code Civil. Nos lois, en effet, reconnaissent la validité des actes civils contractés ou consentis pendant un intervalle lucide, à la condition expresse que ces actes ne portent pas en eux-mêmes la marque de la démence, que le contractant ne soit pas interdit ou en mesure de l'être et que, d'autre part, pour certains de ces actes, il ait été sain d'esprit, c'est-à-dire dans un état de lucidité complète, au moment de leur passation.

Quelle valeur attribuer au moment lucide et à la rémission ? Une bien minime, en vérité, du point de vue juridique, surtout dans les états d'affaiblissement

(1) J. FALRET. — Art. Responsabilité du Dict. *Encyclop. des sciences médicales*.

(2) DOUTREBENTE. — *Étude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales*. Blois, 1883.

(3) In *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet.

intellectuel (1). Comme l'a dit J. Falret, la rémission est une question de degré ; elle n'acquiert de valeur que si elle est très marquée, durable, si l'individu jouit de sa liberté, donc apparemment de sa capacité, et s'il n'est pas susceptible d'être interné dans un asile.

Quant au moment lucide, cet « éclair de raison », cette « lucidité éphémère sans doute plus apparente que réelle » selon l'expression de Vallon, beaucoup d'auteurs en contestent l'existence. S'il y a lieu de ne pas mettre en doute cette suspension momentanée des symptômes de la folie, ce ne peut être que dans des cas tout à fait exceptionnels. E. Régis l'a noté dans les états de démence, aux approches de la mort. Walter Scott en rapporte un exemple, rappelé par Sacaze (2), dans lequel un vieux dément retrouve pour quelques instants ses forces physiques, ses souvenirs, sa vie intellectuelle et morale (*Chron. de la Canongate*). Mais il y a loin de l'imagination d'un romancier, si puissante fût-elle, à la réalité.

Quoi qu'il en soit, quelle peut être la validité d'un acte accompli dans ces conditions, au cours d'un intervalle lucide ayant duré juste le temps nécessaire à son accomplissement ? — Il semble bien qu'il ne puisse y avoir qu'une réponse à cette question : examiner, sous toutes ses faces, l'acte incriminé et rechercher si celui-ci porte, ou non, l'empreinte de la folie.

D'une façon générale, la déficience, acquise bien entendu, des fonctions intellectuelles n'admet que très rarement un état de lucidité. Cet affaiblissement des fonctions psychiques est continu, souvent progressif et les rares et fugitifs instants — quelques rémissions exceptées — pendant lesquels le cerveau semble recouvrer son activité, ne méritent pas le nom d'intervalles lucides.

(1) Voir rapport de M. Briand et M. Brissot. (Congrès des *Alléistes et Neurologistes de Paris*, 1925.

(2) SACAZE. — *De la folie considérée dans ses rapports avec la capacité civile* (Paris, 1851).

Les Troubles mentaux précurseurs de l'Encéphalite épidémique chronique

Par Auguste WIMMER

Professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague

A mesure que nous pénétrons plus avant dans la clinique de l'encéphalite épidémique chronique, son polymorphisme, sa plasticité symptomatique (Lhermitte) s'impose de plus en plus. Il y a là une variabilité extrême du groupement des symptômes, de l'apparition et de la persistance des signes neurologiques ou psychiques individuels, enfin du cours général de la maladie.

Je viens de donner une contribution monographique au tableau protéan de l'encéphalite épidémique chronique (1). Ici, je me propose d'insister surtout sur l'importance considérable que présente, au point de vue *psychiatrique*, cette maladie nouvelle, dont le diagnostic, en cas de manque de signes neurologiques nets, reste souvent assez difficile.

Je suis porté à croire, qu'à l'avenir, les *formes psychiques* de l'encéphalite épidémique chronique se présenteront assez fréquemment aux aliénistes. En tout cas, pendant ces dernières années après nos grandes épidémies d'encéphalite épidémique, j'ai observé dans mon service neuro-psychiatrique un nombre considérable de psychoses « atypiques », dans les antécédents desquelles on retrouvait une « grippe espagnole » ou le tableau typique de l'encéphalite léthargique. De plus, les malades n'étaient pas tout à fait guéris, manifestant de la fatigue, de l'éréthisme émotionnel, de l'anxiété,

(1) *Chronic epidemic encephalitis*. London, 1924. Heinemann, édit.
Préface de Sir Frederick W. Mott.

de l'insomnie, une dépression morale, des hallucinations, surtout hypnagogiques, etc. Dans les salles, on a souvent constaté une légère hyperthermie, de petites secousses myocloniques, du tremblement, des troubles oculaires, etc. ; parfois aussi, le syndrome humoral n'était pas tout à fait normal : ébauche de pléocytose, etc.

La coexistence, dans ces cas, de signes neurologiques avec les troubles psychiques ne manquent pas de nous faire soupçonner l'existence possible d'une psychose encéphalitique. Mais, à côté de ces cas à symptomatologie neuro-psychique, il y en a d'autres, d'un diagnostic plus délicat encore, à savoir ceux d'encéphalite épidémique chronique à *troubles mentaux précurseurs*.

C'est, à ma connaissance, à M. Georges Petit que revient l'honneur d'avoir, dans une communication bien documentée, attiré l'attention sur les cas d'encéphalite épidémique dans lesquels les signes d'ordre neurologique peuvent pendant longtemps faire défaut pour être remplacés par des troubles purement psychiques (1).

Ce sont des observations personnelles de cette sorte que je vais maintenant soumettre au lecteur.

OBSERVATION I. — Femme mariée, âgée de 37 ans, entrée dans mon service le 26 mai 1921. Pas de prédisposition psychique ou nerveuse. Avant la maladie actuelle, elle a été d'humeur égale ; jamais d'accidents dépressifs antérieurs. Elle a toujours été normalement réglée.

Au mois de janvier 1921, elle a eu la « grippe espagnole », à légère hyperthermie, accompagnée de quelque somnolence, mais sans manifestations mésentériques nettes. Ensuite, elle est restée asthénique, aboulisque, triste, inquiète, sensible, dyssomnique.

Pendant son premier séjour dans mon service, l'examen le plus rigoureux n'a pu déceler *aucun signe neurologique* d'encéphalite épidémique. Psychiquement, elle était triste, parfois anxieuse et agitée, mais le plus souvent elle manifestait vis à vis de son entourage un certain degré d'indif-

(1) *Annal. médico-psychol.* Séance du 25 juillet 1921.

férence qui allait jusqu'à donner l'apparence d'une légère somnolence. La nuit, on ne pouvait lui assurer un sommeil tranquille qu'à l'aide d'hypnotiques. Pas d'hallucination, pas de confusion mentale vraie. La température était restée normale.

Elle a été transférée à l'asile des aliénés de St-Jean. Là, elle est restée deux mois. Elle s'est montrée d'humeur triste, a manifesté quelques idées hypochondriaques et divers troubles sensitifs. A l'asile, on a aussi noté son « regard hagard », mais l'examen neurologique n'a toujours pas décelé des signes pathologiques objectifs nets. Peu à peu, sa dépression s'est dissipée, de façon qu'elle a pu quitter l'asile apparemment guérie.

Le 24 avril 1922, elle est de nouveau admise dans mon service. Pendant les deux premiers mois qui avaient suivi sa sortie de l'asile, elle avait été bien portante, puis elle était retombée dans sa tristesse, son aboulie, etc. Il lui semblait « que ses pensées s'arrêtaient dans son cerveau », elle ne pouvait supporter de parler, ni de voir du monde ; elle était devenue pleurarde.

A la réadmission, même tableau de tristesse et d'inhibition psychomotrice ; on doit l'inciter à tout. Toujours lucide, elle accuse un peu d'anxiété, des sensations abdominales, de rares hallucinations auditives. Elle a la conscience très pénible de son état : « être tout à fait indifférente à tout ». Parfois, elle souille son lit.

Elle est taciturne, a la voix monotone, lente, traînante. Elle a le visage huileux, oligomimique, la position du tronc et des bras un peu soudée. Il y a une oligocinésie frappante, la démarche est raide, à petits pas. Pas de tremblement typique, ni d'autres signes neurologiques. La température est plutôt un peu au dessous de la normale ; ébauche de tachycardie. Pression artérielle systolique de 115 mm. Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouve 0/3 de cellules, 0 de globulines, 10 d'albumines, c'est-à-dire des chiffres normaux. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sérum comme dans le liquide céphalo-rachidien.

Sans que son état ait sensiblement changé, elle a été de nouveau transférée à l'asile de St-Jean. Là, il s'est de nouveau manifesté un mieux si marqué qu'elle a pu rentrer chez elle. Pendant quelques mois, elle a pu remplir ses devoirs de maîtresse de maison, étant assez active et d'humeur égale. Puis, peu à peu, elle redevint triste, aboulique, restant volontier au lit, se désintéressant de plus

en plus des affaires de la maison, ne faisant pas sa toilette, souillant son lit, etc.. Elle dormait assez bien dans la nuit ; elle avait un peu maigri.

Le 14 mars 1924, elle est pour la troisième fois, admise dans mon service. Comme autrefois, elle est légèrement



FIG. 1.

déprimée, mais surtout fortement inhibée, inerte, laconique. Il n'y a pas d'anxiété, pas d'hallucination. Elle est lucide et ne révèle pas des défauts appréciables de la mémoire. Un peu bradyphrénique, elle ne manifeste aucune trace de démence vraie.

Les *signes neurologiques* sont devenus plus nets : Visage fortement huileux, oligomimique ; regard hagard (Fig. 1) ; bradycinésie considérable ; tremblement statique des doigts ;

petit tremblement de la langue. Aspect total parkinsonien. Surréflexivité tendineuse des membres inférieurs, sans clonus ; réflexe plantaire gauche douteux. L'examen des yeux ne révèle pas de vraies paralysies oculaires, ni de troubles des réactions pupillaires.

Transférée le 3 avril 1924, à l'asile de St-Jean, elle est devenue de plus en plus apathique ; laissée à elle-même, elle s'endort en général. Mais la mémoire reste toujours intacte. Peu à peu, des paralysie oculaires associées se sont développées, abolition des mouvements des yeux en haut et une diminution des mouvements latéraux. Réactions pupillaires à la lumière fortement affaiblies. Fond des yeux normal. Bradyphasie prononcée, forte salivation. Catalepsie parkinsonienne, répétition automatique des mouvements volontaires. Tremblement statique et d'action des bras.

Lors des premiers séjours de la malade dans mon service, j'ai bien hésité à porter le diagnostic d'encéphalite épidémique chronique. On pouvait surtout se demander si les « signes extra-pyramidaux », la viscosité psychique et psychomotrice, n'étaient pas à rapporter à l'inhibition purement fonctionnelle, dépressive (1). Ce n'est qu'à son troisième séjour dans mon service que le diagnostic s'est confirmé. Actuellement, la nature encéphalitique de l'affection de la malade saute aux yeux. Nous avons assisté à l'apparition retardée d'un parkinsonisme encéphalitique et qui a été précédé par des troubles purement psychotiques. Dans le tableau clinique, nous retrouvons aussi les « oscillations » des accidents psychotiques, signalées par M. Petit, et qui, avec les oscillations des signes neurologiques, végétatifs et autres, constituent vraiment un des traits fondamentaux de l'encéphalite épidémique chronique.

L'observation qui va suivre ressemble en plusieurs points à celle de notre première malade. Mais, ici, le diagnostic est rendu encore plus difficile à cause du fait que la malade ignore toute infection encéphalitique. C'est là, du reste, un fait qui ne doit pas nous

(1) Sur les photographies de la malade, prises avant sa maladie actuelle, on retrouve un peu le « regard fixe » et l'immobilité du visage.

embarrasser, vu que dans la clinique de l'encéphalite épidémique chronique, le stade initial fébrile (léthargique) passe assez souvent inaperçu ou fait complètement défaut, de sorte que le diagnostic de l'infection encéphalitique doit se baser uniquement sur les « séquelles ».

OBSERVATION II. — Femme de 35 ans, non mariée, admise dans mon service le 20 octobre 1923.

Le père s'est suicidé. Pendant son enfance, la malade a manifesté du noctambulisme, de l'énurèse nocturne. Jamais d'accidents épileptiques ou nettement hystériques.

Assez intelligente, elle a toujours été de tempérament un peu sombre et pensif. Il y a sept ou huit ans, son amant l'a quittée.

Elle ignore toute infection encéphalitique. Pendant les trois ou quatre dernières années, elle accuse de l'asthénie, de la somnolence, de façon qu'elle s'endort aussitôt qu'elle s'assied, tandis que la nuit elle a souvent des insomnies. Elle a peu d'appétit, a amaigri, souffre beaucoup de maux de tête, de douleurs dans le tronc et les membres. Parfois, elle a des tressaillements; enfin, elle a eu quelques lipothymies et des accès de vertige.

Depuis deux ans, elle est triste, refuse de manger, reste inerte dans son lit, ne parle pas ou seulement pour débiter des idées mélancoliques: par exemple qu'elle est syphilitique, que la police va venir la chercher, qu'elle doit être sévèrement punie pour cause de masturbation; elle demande à confesser tous ses péchés; elle se dit infâme, damnée de Dieu. Elle a manifesté des tendances au suicide, a essayé de se jeter dans la cage d'un ascenseur, etc. Parfois, elle entend les voix accusatrices de ses parents; rarement elle les voit. Le sommeil n'a pu lui être assuré qu'à l'aide d'hypnotique.

Dans la salle, elle est déprimée, anxieuse, se cache dans son lit, elle est fortement inhibée, taciturne ou ne parlant que pour faire des aveux. Ses réponses monosyllabiques sont très tardives. Il n'y a pas de désorientation, rarement quelques hallucinations auditives. Il faut la forcer de manger. Elle n'est pas gâteuse.

Au point de vue neurologique, on est fortement impressionné par son immobilité: visage rigide et presque sans mimique, immobilité de la tête, de façon qu'elle regarde autour d'elle en ne remuant que les yeux. Les bras légè-

rement courbés, elle reste soudée en position parkinsonoïde. Aux mouvements passifs, résistance exagérée dans les bras et les jambes. Catalepsie suggérée. Tremblement léger des lèvres et de la langue ; tremblement des doigts au repos, surtout au pouce droit ; ébauche de tremblement statique et d'action. Bradybasie assez marquée. Ebauche de secousses myocloniques dans les jambes, surtout dans les orteils. Réflexes patellaires un peu forts, sans clonus, réflexes plantaires en flexion. Mouvements des yeux, réactions pupillaires, fond des yeux normaux ; dans la suite, il y avait une légère anisocorie.

La température est restée normale ; tachycardie, jusqu'à 104 par minute. Pression artérielle systolique de 125 mm. Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, qui avaient un chiffre de cellules, de globulines et d'albumines de 0/3, de 0 et de 8, respectivement.

Le syndrome parkinsonien s'est un peu accentué pendant le séjour de la malade dans mon service. Le 16 février 1924, elle est transférée à l'asile de St-Jean. Là, elle est restée triste, demandant le pardon de ses péchés. Elle dit que son cœur est brisé, qu'elle est changée en momie, en statue de sel à cause de ses péchés, et qu'elle souhaite la mort. Parfois, elle a des hallucinations auditives.

Dans cette observation aussi, le tableau neurologique ci-dessus décrit s'est développé sous nos yeux. Pendant les premières semaines de son séjour, dans mon service, la malade laissait le même doute sur la nature vraie de la « viscosité psychique et motrice » (1). Ce n'est qu'à l'aide de l'addition des petits signes neurologiques qu'on a abouti au diagnostic d'encéphalite épidémique chronique. De plus, la malade était de tempérament sombre ; elle a eu divers chagrins, ainsi on pouvait bien se demander s'il ne s'agissait pas d'une psychose psychogène ou, moins vraisemblablement, d'un accès de mélancolie appartenant au groupe de la folie maniaque dépressive. Je discuterai ci-dessous de plus près ce diagnostic différentiel.

(1) Sur des photographies de la malade, datant du temps avant sa maladie, on note bien une trace de « visage rigide », mais n'atteignant pas du tout l'immobilité actuelle.

OBSERVATION III. — Femme mariée de 27 ans, admise dans mon service le 5 mars 1923.

Forte prédisposition nerveuse : le grand-père s'est suicidé.

Le père de la malade a eu des accès périodiques de dépression avec tentatives de suicide. La mère de la malade manifeste des accidents nerveux à allure hystériforme.

De tempérament un peu sombre, la malade n'a pas, avant sa maladie actuelle, présenté des accidents nerveux ou psychotiques nets. Jamais de convulsions.

Elle a, pendant la dernière année, subi des chocs moraux divers à cause de l'alcoolisme de son mari.

Au mois de janvier 1919, elle a eu « la grippe espagnole », sans manifestations encéphalitiques nettes.

Au mois de février 1923, elle est restée couchée pendant deux ou trois semaines, éprouvant un malaise général, de la fatigue, des vertiges, de la céphalalgie, des dédolations dans les membres, des sensations fébriles légères, de la somnolence diurne avec de l'insomnie nocturne. Elle ne s'est pas guérie tout à fait, accusant toujours de la fatigue, des vertiges, de la dyssomnie. Elle est devenue triste ; enfin, des hallucinations nocturnes ont fait leur apparition : elle voit un petit enfant sous forme d'un ange (1), elle tâche de sauter par la fenêtre pour le rejoindre ; elle voit aussi un homme noir qui lui apporte une corbeille de « balles de douleur » qu'elle sent pénétrer dans son corps pour y faire explosion.

Pendant la journée, elle reste lucide, mais assez triste, pessimiste, souhaitant la mort.

Pendant sa maladie, il n'y a pas eu de symptômes neurologiques nets (troubles oculaires, paralysies, etc.). Elle est toujours bien réglée. Elle a maigri de 20 kg. Pas de chute des cheveux. Malheureusement, elle n'a jamais pris sa température.

Dans les salles, elle est un peu triste, légèrement inhibée ; de plus, elle semble être un peu enfant gâté, psycho-infantile, elle se dorlotte. Elle se plaint d'une grande fatigue et d'une forte somnolence : « elle peut dormir quarante-quatre heures ».

Elle est lucide, bien orientée. Pendant son séjour, jusqu'au 23 mars 1924, elle n'a pas eu d'hallucinations. Il fallait lui administrer des hypnotiques pour lui assurer du sommeil la nuit.

(1) Elle n'a pas eu d'enfant dans son mariage, mais a eu un avortement en février 1920.

Il n'y a pas de signes basedowiens. Le pouls s'élevait quelquefois jusqu'à 120 par minute. La température n'a pas dépassé 37°,4 le soir.

Un examen neurologique rigoureux n'a décelé *aucune trace de troubles encéphalitiques objectifs*. Ebauche de réaction ovarienne. Malheureusement, la ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

Elle a quitté l'hôpital dans un état manifestant une certaine amélioration. Au commencement du mois d'août 1923, un ptosis vient d'installer à l'œil droit, et, deux ou trois semaines après, elle est frappée de diplopie. Elle s'est adressée à la polyclinique du « Rigshospital », où elle a été examinée par mon chef de clinique adjoint, M. Kn. Winther qui l'a présentée à la séance de la Société de neurologie de Copenhague, le 31 octobre 1923. Je dois à l'obligeance de M. le docteur Winther les renseignements suivants sur l'état de la malade.

A l'œil droit, elle présentait une paralysie complète de l'oculomoteur avec perte totale des réactions pupillaires. Fond des yeux, acuité visuelle, champs visuels, normaux. Les autres nerfs craniens n'étaient pas atteints. Quant aux membres, on pouvait constater une hyperréflexivité rotulienne gauche, à clonus net. Quelquefois, on a obtenu au pied gauche le signe de Babinski. Parésie légère des fléchisseurs du genou et des extenseurs du pied gauche.

Au bras gauche, hyperréflexivité tendineuse, parésie un peu douteuse des extenseurs.

Pas de troubles du tonus musculaire, de la sensibilité, de la coordination, etc.

Dans le liquide céphalo-rachidien, on a trouvé 2/3 de cellules, 0 de globulines, 20 d'albumines. La réaction de Wassermann est négative dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

Pendant quelques semaines, cette « paralysie alternante supérieure » (type Weber) est restée à peu près inaltérée, puis, elle s'est, progressivement améliorée, de sorte que lorsque j'ai examiné moi-même la malade en mars 1924, je n'ai retrouvé que de légères traces de la paralysie oculaire et un peu d'hyperréflexivité tendineuse au membre inférieur gauche. La diplopie avait presque disparu.

J'estime avoir le droit de dire que lors du séjour de la malade dans mon service, un diagnostic d'encéphalite épidémique aurait été de pure conjecture. Vu

le tempérament de la malade, les traumatismes moraux dont elle avait été la victime depuis quelque temps, vu aussi le contenu de délire hallucinatoire nocturne, de nature affective si personnelle, relevant, on pouvait au moins le supposer, des regrets et des désirs « refoulés » d'une femme sans enfants, vu enfin tous ces signes caractéristiques des troubles mentaux de notre malade, le diagnostic de psychose psychogène semblait s'imposer.

Maintenant, en présence d'un syndrome neurologique net, on accordera une importance tout autre à la « grippe espagnole » de 1919 et à la phase de « malaise » de février 1923. A l'analyse rétrospective, le tableau d'ensemble des troubles psychiques et neurologiques de notre malade constitue un type assez connu de l'encéphalite épidémique à troubles psychiques précurseurs. Surtout en ce qui concerne les traits les plus saillants des troubles mentaux de la malade, à savoir le délire hallucinatoire nocturne, nous le connaissons déjà de la clinique de l'encéphalite épidémique chronique, sans qu'on ait besoin, dans la plupart de ces cas, d'invoquer des facteurs psychogènes. Au moins, on ne saurait leur accorder qu'un rôle d'appoint, *pathoplastique*, comme il est bien possible de le supposer chez notre malade, ou *réactivant*, comme je l'ai vu chez une jeune femme à hoquet paroxystique.

Après une légère « influenza », elle avait, pendant quelques jours, présenté de la diplopie. Son premier paroxysme de hoquet a été provoqué par une dispute avec son amant. Mais, chose importante, le paroxysme, très fort du reste, a été accompagné de fièvre et dans le liquide céphalo-rachidien on a constaté une pléocytose considérable, de 60/3 de cellules. Guérie de son paroxysme, elle en a eu un autre à l'occasion de sa rentrée dans le magasin où son amant était aussi employé. Cette fois, encore, une élévation de la température jusqu'à 39°,0 a, pour quelques jours, souligné la nature organique, encéphalitique, de ces paroxysmes de hoquet, dont le déclenchement, sans nul doute, a été déterminé par des chocs moraux.

Les deux observations qui vont suivre ont déjà été mentionnées dans ma monographie sur l'encéphalite épidémique chronique.

OBSERVATION IV (1). — Femme de 35 ans, non mariée, admise pour la première fois à mon service le 22 décembre 1922.

« Grippe espagnole » au printemps de 1920, de quelques jours de durée, seulement, et sans symptômes mènescéphalitiques nets. Mais la malade est restée très lasse, éréthique, déprimée, un peu anxieuse, dyssomnique, avec parfois de la céphalalgie et des vertiges.

Dans les salles, elle présentait un visage un peu immobile, avec, épisodiquement, une somnolence assez marquée. La parole était un peu traînante ; il y avait aussi un certain degré d'inhibition motrice. Un examen neurologique rigoureux n'a révélé *aucun signe objectif d'encéphalite chronique*. Dans le liquide céphalo-rachidien on a trouvé 3/3 de cellules, 0 de globulines, 9 d'albumines ; la réaction de Bordet-Wassermann était négative dans le sérum comme dans le liquide céphalo-rachidien.

A cause d'une affection douteuse des poumons, elle fut, le 13 janvier 1922, transférée au service médical où elle est restée pendant 3 mois. A peu près à cette époque, ses parents ont noté qu'elle devenait plus « indolente », insouciante de sa propreté personnelle, des affaires de sa maison, etc. On notait des grimaces de la face (v. ci-dessous). Elle accusait toujours de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie. Enfin, des délires nocturnes à hallucinations visuelles s'installèrent, et elle fut de nouveau admise dans mon service le 17 janvier 1924.

Elle présente, cette fois aussi, une légère somnolence, mais, une fois éveillée, elle se montre tout à fait lucide. Elle est légèrement bradyphrénique, de même, il y a peu de bradyphasie. Ebauché de ptosis double ; mouvements des yeux, réactions pupillaires, fond des yeux normaux. Pas de paralysie du visage ou de la langue. La bouche et partiellement le nez sont agités de mouvements grimaçants, lents et assez continus, dont les résultats sont la protusion des lèvres à la façon d'un groin, le sourire transversal, d'expression larmoyante, etc. A côté de ces grimaces, il y a de petites secousses myocloniques dans

(1) Loc. cit., p. 162 (cas 42).

les muscles de la joue droite et du menton. Forte fibrillation de la langue.

Dans les doigts des pieds on notait quelques rares et légères secousses myocloniques. Il n'y avait pas de tremblement des membres, ni d'autres symptômes parkinsoniens. Pas de paralysies. Hyperréflexivité tendineuse sans clonus ni réflexe de Babinski. Dans le liquide céphalo-rachidien, on constatait 2/3 de cellules, 0 de globulines, 10-11 d'albumines. La réaction de Wassermann était toujours négative dans le liquide céphalo-rachidien ; par contre, dans le sérum, la réaction se montrait, cette fois, légèrement positive.

Le fiancé de la malade donnait une réaction fortement positive dans le sang.

Je ne pense pas, que, par le seul fait d'une réaction de Wassermann positive dans le sang, on soit autorisé à écarter le diagnostic d'encéphalite épidémique chronique, diagnostic, qui s'impose par le tableau total de la maladie. Lors du premier séjour de la malade, la réaction de Wassermann était négative dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le sérum. Elle est toujours restée négative dans le liquide céphalo-rachidien, fait important au point de vue du diagnostic différentiel.

Quant à la présence actuelle d'une réaction positive dans le sang, on pourrait, ou bien, supposer que la malade a contracté sa syphilis après son séjour hospitalier de 1922 ; ou bien, on pourrait se demander, vu l'intensité médiocre de la réaction, s'il s'agit d'une réaction vraie ou seulement d'une de ces *pseudo-réactions* qu'on peut rencontrer au cours d'une encéphalite épidémique comme dans d'autres infections générales. Je n'aborderai pas ici cette question délicate (1). Il paraît bien vraisemblable que notre malade a été contaminée par la syphilis virulente de son fiancé. Mais l'infection syphilitique admise, je me contenterai de constater seulement une « association morbide ».

(1) Un de mes élèves s'occupe pour le moment de recherches systématiques sur la réaction de Wassermann chez les encéphalitiques chroniques.

La malade a eu un traitement d'argotropine, pas de traitement antisypilitique. Elle est sortie de mon service le 30 avril 1924, ses symptômes ayant presque totalement disparu.

OBSERVATION V. — Dans ma monographie (1), j'ai mentionné le cas d'un homme de 28 ans, admis pour la première fois dans mon service le 5 mai 1923, et qui, après des attaques fébriles en 1915 et en 1917, avait manifesté un affaiblissement marqué de la mémoire immédiate, sans autre symptômes psychiques. A l'examen neurologique le plus rigoureux on n'a constaté *aucun signe objectif* d'une affection organique du système nerveux. Au contraire, dans le liquide céphalo-rachidien, on a trouvé une pléocytose de 68/3 de cellules lymphocytiques, 0 de globulines, 20 d'albumines, la réaction de Wassermann étant négative dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien. Dans ma monographie, j'ai supposé pour ce cas l'existence d'une encéphalite épidémique chronique.

Le malade est revenu dans mon service le 10 juillet 1924. Cette fois, le père du malade a complété l'anamnèse de renseignements très importants : outre l'affaiblissement de la mémoire, le malade avait manifesté après ses accidents fébriles, un *changement de caractère* très frappant. Avant sa maladie bon enfant, sage, homme d'affaires intelligent et prudent, il se mettait à faire des folies ; il a dû, successivement, quitter ses places ; il faisait, au nom des maisons de commerce, des commandes tout à fait extravagantes (2.000 cigares, par ex.), dont le montant s'élevait presque à la somme de 4.000 couronnes danoises. Il a contracté des dettes personnelles considérables. Il a fabriqué de fausses traites sur la maison de commerce où il était employé. De plus, il est devenu mythomane, étourdissant sa fiancée inquiète de narrations fantastiques sur des places nouvelles qu'il allait avoir, allant jusqu'à lui montrer un contrat qu'il avait forgé lui-même sur papier timbré. Mais, chose curieuse, à part cette *légèreté pathologique*, il n'avait pas manifesté de perversions réellement anormales. On ignorait complètement de quelle façon il avait dépensé l'argent. On ne pouvait pas le prendre en flagrant délit de débauches érotiques, d'ivresse, etc.

L'état de sa mémoire s'était amélioré. A la maison, le

(1) *Loc. cit.*, p. 12.

malade se montrait un peu taciturne, un peu irascible, un peu insouciant de ses affaires personnelles.

La cause de sa réadmission dans mon service fut l'apparition de douleurs dans le territoire de la première branche du trijumeau droit, douleurs survenant par accès d'une durée d'une demi-heure, irradiantes, mais non accompagnées de symptômes migrainiformes.

A l'examen neurologique, on a constaté un peu de douleur à la pression de la première branche du trijumeau droit ; pas de troubles objectifs de la sensibilité du visage. A part cela, l'examen neurologique donnait un résultat négatif. Ce n'est que quelques jours seulement avant son départ qu'on constatait une légère diminution des réflexes de l'accommodation. Les réflexes pupillaires restaient conservés à la lumière. De même, tout autre signe de démence paralytique faisait défaut.

Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouvait $\frac{2}{3}$ de cellules, 0 de globulines, 10-13 d'albumines. La réaction de Wassermann était toujours négative dans le liquide céphalo-rachidien, de même dans le sang lorsqu'elle y fut recherchée par la méthode normale de notre « Serum-Institut ». A l'aide d'antigène syphilitique, on obtenait cependant une faible réaction positive ; la réaction de Sigma était légèrement positive, de 2 unités.

Des recherches répétées du sang, pratiquées au « Serum-Institut » ont encore deux fois donné des réactions faiblement positives à l'aide d'antigène syphilitique, tandis que la réaction Sigma positive a disparu. Par précaution, on a pensé devoir soumettre le malade à un traitement anti-syphilitique. Cela fait, on a de nouveau constaté au « Serum-Institut » une réaction faiblement positive vis-à-vis de l'antigène syphilitique. Par contre, mon élève M. Philipson, en employant plusieurs modifications de la réaction de Wassermann, n'a pu obtenir de réactions positives.

Quant à la valeur diagnostique à accorder à de telles réactions de Wassermann partiellement positives et un peu inconstantes survenant dans le sang seulement, je peux renvoyer aux remarques ci-dessus à propos de la malade de l'observation.

La seule réaction de Wassermann positive dans le sang ne suffit pas, à mon avis, pour assurer la nature syphilitique d'une affection nerveuse. C'est là presque

une banalité, mais qu'il faudrait peut-être de nouveau souligner, vu que, dans l'encéphalite épidémique chronique, on semble parfois être troublé par des réactions « positives », mais, vraisemblablement, non spécifiques (1).

Je me crois donc autorisé à ne pas tenir compte de cette réaction humorale douteuse de notre malade. En fait, tous les traits cliniques de sa maladie s'accordent très bien avec le diagnostic d'une encéphalite épidémique chronique, tandis qu'ils diffèrent essentiellement du tableau clinique d'une P. G., par ex. Il y a quelques jours, j'ai revu le malade. Il ne manifeste toujours point de symptômes paralytiques ; la recherche de la réaction de Wassermann dans le sérum, pratiquée par M. Philipson, a donné, de nouveau, un résultat négatif.



Notre cinquième cas offre, en plus, ceci d'intéressant que nous assistons chez le malade à un changement de caractère tel qu'on le connaît très bien chez les enfants encéphalitiques, tandis que, chez les adultes, il est assez rare. C'est grâce à l'intervention du père qui a versé l'argent nécessaire que les « folies commerciales » de notre malade n'ont pas eu des conséquences judiciaires. Notre observation souligne donc de nouveau l'importance médico-légale que peuvent acquérir parfois certains cas d'encéphalite épidémique chronique.

Chez les enfants et les jeunes individus, la « dissociation psycho-organique » de Petit est plutôt assez fréquente. Au moins, chez la plupart de ces petits encéphalitiques, les symptômes psychiques prédominent le tableau clinique d'une façon tout à fait marquée. Très souvent, le stade initial léthargo-mésencéphalitique fait défaut. Pendant l'évolution suivante,

(1) Pour la discussion plus complète de cette question, je dois renvoyer le lecteur à la communication de M. Philipson qui va paraître prochainement.

celle des gros troubles de caractère chez ces petits malades, on note parfois de petits signes neurologiques éphémères, plutôt ébauchés que marqués, de petites myoclonies, des mouvements choréiques, etc. qui passent souvent tout à fait inaperçus aux yeux des parents du malade.

C'est pourquoi les cas de cette sorte, — changement de caractère et de conduite chez des enfants jusqu'alors normaux au point de vue psychique, — vont nous présenter des difficultés de diagnostic assez graves. Dans mon service, j'ai déjà vu un certain nombre de cas où je n'ai su invoquer autre étiologie d'un changement profond de caractère ou de conduite qu'une encéphalite cryptogénétique. Dans ces cas aussi, il faut patiemment guetter les signes neurologiques qui apparaissent, parfois, longtemps après l'installation des symptômes psychiques.

Dans ma monographie, j'ai cité une observation de cette sorte. Je n'en donnerai ici qu'un bref résumé (1).

OBSERVATION VI. — Homme de vingt ans. Antérieurement normal au point de vue psychique, il est, après une encéphalite contractée dans sa quinzième année, devenu engourdi, paresseux, somnolent ; il a manifesté des tendances prononcées pour le vagabondage, s'échappant plusieurs fois de la maison pour errer dans les rues sans but précis, alléguant une impulsion irrésistible de déambulation. Il ne garde de ces fugues qu'une mémoire sommaire. Jamais d'accidents épileptiques nets.

Lors de son premier séjour dans la clinique neuro-psychiatrique, en 1919, on a posé le diagnostic de démence précoce ; il a ensuite passé deux années à l'asile de St-Jean, d'où il est sorti sans grand changement en ce qui concerne son état psychotique. Il est resté apathique, somnolent, s'enfuyant volontairement de la maison. Il est devenu bavard, bruyant, agaçant, intrigant, irascible. En 1923, il est délivré à mon service par la police pour avoir menacé sa mère de la tuer à coups de couteau.

Il s'est montré apathique, désintéressé de tout. Les tests systématiques d'intelligence n'ont pas relevé des défauts

(1) Voir, pour plus de détails, ma monographie, p. 19 (cas 2).

intellectuels vrais. Dans le cours de ses idées, dans son raisonnement, etc., on ne constate pas de traits schizophréniques, non plus dans sa conduite.

Le syndrome humoral était normal. De même, l'examen neurologique n'a pu déceler aucune trace de troubles d'ordre neurologique. Il fut de nouveau transféré à l'asile de St-Jean. En 1924, il est réadmis dans mon service, son état mental étant resté à peu près toujours le même. Pendant ce séjour-ci, c'est-à-dire *environ 5 ans après le commencement des troubles mentaux*, nous constatons chez lui un réflexe de Babinski du côté droit, une ébauche de clonus achilléen et rotulien, quelques rares secousses myocloniques dans le bras droit, une tendance à l'anisocorie. Du reste, de ces signes neurologiques, on ne retrouve plus tard qu'un réflexe de Babinski plutôt un peu douteux.

OBSERVATION VII (1). — Fille de 14 ans, admise dans mon service le 8 avril 1924.

Le père de la malade a eu une psychose délirante à idées de persécution et a dû passer quelques années dans un asile. A présent, il semble guéri.

Pendant l'enfance, la malade n'a pas eu de maladies somatiques graves. Pas d'accidents nerveux. Elle a été d'une intelligence moyenne, d'humeur égale.

Le développement physiologique n'a rien présenté d'anormal. Elle est réglée depuis un an.

Il y a deux ans, elle est tombée malade ; elle était fébrile, la température s'élevant jusqu'à 40° C. Il y avait de la somnolence, quelques secousses myocloniques des membres, pas de symptômes oculaires.

Après cette maladie, son état mental a subi un changement profond. Elle est devenue morose, irascible, désintéressée des affaires de la maison ; elle est apathique, paresseuse, passe son temps à ne rien faire ou à lire un peu ou bien elle s'endort en plein jour. Elle est devenue craintive, reste tremblante et anxieuse s'il lui faut traverser des rues mouvementées. Souvent elle a des accès de pleurs.

Elle a manifesté des tendances érotiques précoces, aime à flirter avec les hommes, s'échappe parfois le soir de la maison pour ne rentrer que dans la nuit.

De plus, et c'est là un symptôme d'un intérêt spécial, son développement physique a présenté ceci d'anormal

(1) La malade a été mentionnée dans ma monographie (p. 28).

qu'il s'est installé une hypertrophie progressive de ses seins, de sorte qu'à présent ils offrent l'aspect de « seins d'Hottentote » (Fig. 2).

Depuis un an, la malade a des accès d'allure lipothymi-



FIG. 2.

que, elle pâlit, souvent elle tombe sans se blesser sérieusement, elle reste immobile pendant des minutes jusqu'à un quart d'heure. Il n'y a pas de convulsions, pas de morsure de la langue, ni d'excrétions involontaires. Le plus souvent, elle entend les paroles qu'on lui adresse, mais sans être capable d'y répondre.

Lors de son séjour dans mon service en avril et en mai 1923, l'examen neurologique n'a pas constaté de trou-

bles neurologiques objectifs, sauf un léger tremblement statique des bras. Les tests d'intelligence n'ont pas montré de défauts nets. Pendant son séjour dans le service, on n'a observé des accès d'aucune sorte. Elle s'est montrée douce, un peu gênée ; elle n'a pas révélé d'érotisme.

Elle est sortie du service le 16 mai pour y revenir le 5 septembre 1924 ayant été ramassée dans la rue inconsciente. Elle n'a pas, cette fois non plus, présenté des signes nets d'accès épileptiques (morsure de la langue, blessures, etc.). Mais le père de la malade nous a dit avoir observé, dans ces derniers mois, des accès d'allure épileptique : Cri rauque initial, cyanose, écume, chute brutale, quelques convulsions toniques et surtout cloniques des membres. Quelquefois, la malade s'est mordue la langue, une ou deux fois il y a eu excrétion involontaire d'urine.

Donc, la malade a certainement développé une épilepsie encéphalitique, survenant cependant *plus d'un an* après l'infection initiale et ayant été précédée par des troubles psychiques précurseurs. Pour ce qui est des troubles encéphalitiques concomitants, d'ordre somatique, on retrouve seulement l'hypertrophie élective des seins, avec les manifestations érotiques témoignant d'une *puberté précoce somato-psychique*.

Je n'insisterai pas sur cette *épilepsie retardée des encéphalitiques* dont j'ai donné des exemples dans ma monographie, en y citant aussi des observations analogues antérieures (1). Ce sont là des observations d'un grand intérêt, vu qu'elles donnent parfois l'explication de l'apparition inopinée des accidents épileptiques chez des enfants ou des jeunes individus sans prédisposition héréditaire épileptique, sans maladies cérébrales infantiles, en somme ne présentant aucune cause apparente pour leurs accès épileptiques.

Dans son importante communication susmentionnée, M. Petit a suffisamment démontré les variations possibles de développement et de combinaisons symptomatiques de ces cas d'encéphalite épidémique chronique à « signes d'alarme » psychiques.

(1) *Loc. cit.*, p. 109 et suivant.

Il va sans dire, qu'en présence des troubles mentaux survenant après l'infection encéphalitique, on doit toujours être prudent dans la constatation d'un lien étiologique. Des troubles mentaux d'ordre tout à fait endogène peuvent, sans doute, marcher de pair avec l'encéphalite épidémique chronique. Tels des accès de psychose maniaque dépressive, comme le démontre une de mes observations personnelles (monographie, cas 45). De même, des accidents mentaux psychogènes peuvent venir compliquer le tableau clinique de l'encéphalite épidémique chronique. Il est bien possible donc que les troubles mentaux purement encéphalitiques ne représentent qu'une partie restreinte des psychoses observées dans nos services d'aliénés. Personne ne saurait en juger pour le moment. Mais, en tout cas, les psychoses encéphalitiques conserveront toujours une importance considérable : premièrement parce que ces observations aident à donner à un certain nombre de ces « psychoses fonctionnelles » dont nous avons à tout moment à discuter l'origine, une base étiologique, somatique. Et puis, parce que les observations de troubles mentaux encéphalitiques, surtout les cas à symptômes psychiques précurseurs, soulignent le fait qu'il n'est pas, peut-être, inutile de relever de temps à autre, à savoir que l'aliéniste doit toujours penser aussi en neurologiste. A toute maladie mentale on peut appliquer les mots de M. Petit : qu'il faut « multiplier les coups de sonde dans le domaine organique et guetter, avec obstination et persévérance, l'apparition souvent fugace et intermittente de ces signes organiques qui seuls imposeront le diagnostic ».

La subduction mentale et l'influence morbide

par Maurice MIGNARD

Je prie mon cher collègue et ami André Ceillier de trouver dans ces quelques lignes la réponse à son amicale, à son excellente lettre ouverte parue dans les *Annales Médico-Psychologiques* du mois de novembre dernier. Et je devrais, d'abord, m'excuser auprès de lui, d'avoir méconnu sa conviction, profonde et assurée, je le vois, du maintien de l'unité mentale au travers des troubles psychopathiques. Mais (l'avouerais-je ?), je ne saurais arriver à me repentir bien sincèrement d'une telle méconnaissance. Car, son résultat fut l'affirmation la plus nette d'une vérité psychologique essentielle, trop longtemps méprisée par les aliénistes. Et cette affirmation nous vient de l'un des esprits les plus avertis, les plus autorisés, de la jeune école psychiatrique. Reportons-nous donc de quelques années en arrière : la fausse notion de la dissociation mentale remplissait les manuels d'enseignement psychiatrique et les articles originaux. Et maintenant encore trop d'auteurs emploient, par vieille habitude, les termes de la psychologie associationniste, cette erreur malfaisante et dangereuse. Si nous pensons — comme il est vrai — que l'unité mentale ne peut subir de morcellement réel, même lorsqu'elle est soumise aux plus divergentes influences, n'employons donc plus des termes tels que : Scission du Moi, désagrégation de la personnalité, dissociation mentale. Les mots ont leur importance. C'est en partant de tels malentendus que l'on a trop longtemps opposé les prétendus résultats d'une fausse expérience objective et médicale aux données de la conscience intime, notées par les psy-

chologues. Et, d'autre part, on a découragé de la sorte toute tentative suivie d'une psychothérapie totale. Car, a-t-on le moyen d'agir sur les « éléments psychologiques isolés » ? Qui les a vus ? Qui peut les évoquer ? Et comment capter ces fantômes ? Tandis que la notion contraire, pendant tout ce temps à peu près méconnue, de la réaction de l'Unité mentale à toutes les perturbations psychopathiques ou morales, se montre, dans l'ordre pratique, particulièrement fécondé.

Je suis donc très heureux de me trouver en parfaite communion d'idée avec André Ceillier sur ce point essentiel de l'Unité Mentale. Et j'éprouve une particulière satisfaction à rappeler comment, dans une saisissante progression, il passe de cette première « certitude », qui est celle de l'unité et de l'identité de sa personnalité propre, à la notion suivante : « Par analogie j'ai la conviction la plus absolue que la personnalité d'autrui ne peut dans aucun cas, et pas davantage dans les états pathologiques, être divisée, dissociée, désagrégée. » Je crois avoir démontré, dans nombre de travaux antérieurs, qu'à cette conviction du psychologue répond parfaitement bien la véritable expérience psychiatrique. Cet accord parfait avec un observateur tel que Ceillier, sur un point aussi capital, m'apparaît comme un signe favorable, qui témoigne du bon chemin.

D'autre part, Ceillier demande pourquoi l'on ne maintiendrait pas les termes d'automatisme mental ou psychologique. Comme il trouve que ces mots désignent des faits importants, il ne voudrait pas les voir abandonner. Je crois, cependant, qu'ils sont defectueux.

Qui dit, en effet, automatisme, dit par là-même activité libre ; et, en bonne psychologie, l'activité libre du psychisme, toujours un, n'est-ce pas ce qu'avec Edouard Toulouse, nous avons appelé l'Autoconduction, c'est-à-dire la pleine liberté des fonctions mentales, dirigeant, dans la sagesse et la santé, les automatismes neurologiques soumis à leur prépondérance ?

Si les termes d'automatisme psychologique ou mental sont pris dans le sens opposé, c'est que l'on appli-

que implicitement la notion de libération fonctionnelle à ces prétendus éléments psychologiques isolés dont nous avons, précisément, démontré l'inexistence.

Mais certaines données expérimentales correspondent pourtant à ce que l'on désignait de la sorte. Et dans les phénomènes que ces mots traduisaient se révèle, souvent de façon incontestable, l'influence du facteur psychologique.

J'en suis, pour ma part, tellement persuadé, que j'ai proposé, pour nommer l'ensemble de ces phénomènes, l'expression de Subduction mentale.

Que les processus ainsi désignés soient essentiellement psychologiques, c'est ce qu'affirme, sans conteste, le qualificatif : mental. Mais, de tels phénomènes psychologiques ne sont pas des faits de libération de l'activité psychique. Bien loin de là. Depuis le simple obésédé, qui sent la fatalité du retour peser sur son idée « fixe », jusqu'au grand délirant qui se dit « possédé », aucun de nos malades ne proclame la liberté de la mentalité morbide, ou si l'on veut son autoduction. Tous la présentent comme un esclavage, une contrainte, une exoduction, si l'on veut dire, que nous préférons appeler subduction, parce que le facteur extérieur dont l'influence morbide pèse sur les fonctions mentales correspond, forcément, en réalité, au dérèglement des automatismes neurologiques, normalement subordonnés à leur activité.

Si l'automatisme est neurologique, la subduction reste mentale, et le courant induit dans le psychisme. — si l'on veut bien nous passer une telle image — ne saurait manquer de caractères psychologiques.

Bien plus, il réagit à son tour — par les mystérieux échanges d'influences qui règlent les rapports du corps et de l'esprit. — Il influe sur les automatismes neurologiques et les charge, si l'on peut dire, de signification psychologique. Et c'est pourquoi l'hallucination, d'une part, l'impulsion, de l'autre, ne sauraient se comprendre sans l'existence et l'interaction mutuelle de deux ordres de réalité : les automatismes organiques, d'une part, et, de l'autre, la totalité

du Psychisme indivisible. Et l'intrication d'influences va se compliquant de réactions psychologiques secondaires. Ce sont, par exemple, les délires, et certains processus démentiels ou pseudo-démentiels, entraînant à leur tour des réactions organiques de troisième ordre. Ainsi, par delà toute imagination, s'esquisse l'enchevêtrement des influences psycho-physiologiques. Les étudier sera la tâche de demain. Je souhaite qu'André Ceillier mène à bien une grande part de cette étude, lui qu'un sûr instinct sut avertir de l'importance des syndromes d'influence en pathologie mentale. Il faut affirmer avec certitude que l'influence de l'automatisme neurologique ne se présente jamais seule en psychopathologie. Elle s'accompagne toujours de réactions psychologiques globales. Bien plus, il est des cas où c'est le phénomène psychologique qui joue le rôle d'inducteur, quitte à subir le choc en retour de la variation qu'il a déchainée, comme on le voit dans les psychoses psychogènes, troubles mentaux d'origine morale, dont l'existence ne saurait être sérieusement mise en doute.

Enfin, il faut reconnaître que les faits de subduction mentale ne sont pas tous d'ordre pathologique. La subduction mentale normale tient dans le cours de la pensée une place considérable. Sans doute, à l'état de veille, le psychisme possède théoriquement, et se réserve de prendre chaque fois qu'il est nécessaire, la primauté d'influence dans ses échanges d'interactions avec les fonctions organiques. Mais, pratiquement, à mainte occasion — encore ici je me trouve d'accord avec Ceillier et Georges Dumas, notre maître — l'activité mentale se laisse aller à la dérive des automatismes neurologiques bien réglés. Elle se contente de les surveiller, et souvent seulement par la part indistincte de la conscience, quitte à reprendre sa domination, s'ils tendent à l'entraîner hors du chemin qu'elle a choisi.

La subduction mentale normale, nous offre un nouveau champ d'étude, immense, et presque entièrement inexploré.

Qui nous donnera, notamment, une bonne psychologie de l'Habitude ? Elle sera l'une des pierres de base de l'édifice qu'il faut élever.

Avant de terminer, je voudrais signaler comme nous sommes unanimes, plus encore que nous le pensons, à nous diriger dans la voie de la véritable psychologie pathologique. Je crois pouvoir affirmer que G. de Clérambault n'est guère plus que nous satisfait du terme d'automatisme mental et de la notion que ce mot semble impliquer. Pour lui, c'est ce qu'il nomme l'automatisme basal qui provoque les réactions manifestées. Je ne pense pas qu'il existe une différence essentielle entre cet automatisme basal et les automatismes neurologiques. Mais il ne faut pas oublier non plus la part du psychisme, qui reste capitale, et demeure celle de l'Unité consciente, affective, intelligente et spontanée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 MARS 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président
et M. SOLLIER, vice-président

MM. Alamagny, Xavier Abély, Codet, Collet, Dabout Deron, Pierre Kahn, Targowla, Santenoise, membres correspondants, assistent à la séance.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. René Charpentier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Paul-Boncour, qui pose sa candidature comme membre correspondant. Une commission est nommée, composée de MM. Antheaume, de Clérambault, André Collin, rapporteur ;

une lettre de M. le Dr Robin, qui pose sa candidature comme membre correspondant. Une commission est nommée, composée de MM. Claude, Henri Colin, Pactet, rapporteur ;

une lettre de M. René Charpentier, qui invite la Société à se faire représenter à la XXIX^e session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, qui aura lieu du 28 mai au 1^{er} juin 1925 à la Faculté de Médecine de Paris. Il est décidé que la Société sera représentée par son bureau. La Société délègue de même son bureau, accompagné de M. Arnaud, ancien président, pour la représenter à la Commémoration du Centenaire de la naissance de Charcot et aux réunions Neurologiques des 25, 26 et 27 mai, à Paris ;

une invitation de la Société Suisse de Psychiatrie pour sa 68^e réunion, qui se tiendra les 13 et 14 juin à Kreuzlingen et Munsterlingen. Sujets à l'ordre du

jour : « la stérilisation des aliénés » et « recrutement et formation du personnel infirmier ». Les médecins désireux de participer aux communications, sont priés de s'adresser au D^r Répond, Maison de Santé de Malévoz par Monthey.

L'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie psychique

(Production expérimentale de manifestations convulsives au cours de l'épilepsie psychique par l'hyperpnée volontaire).

Par MM. Henri CLAUDE, H. CODET, M. CÉNAC
et M. MONTASSUT

Le diagnostic des équivalents psychiques de l'épilepsie est souvent difficile ; s'il est relativement aisé lorsqu'ils s'accompagnent de paroxysmes moteurs, il est par contre presque impossible lorsque les troubles psychiques se manifestent épisodiquement et constituent à eux seuls tout le tableau clinique. L'intérêt du diagnostic étiologique, considérable au point de vue thérapeutique, l'est davantage encore pour les expertises médico-légales, lorsqu'il s'agit de préciser l'état de la conscience au moment de l'acte et d'apprécier la responsabilité qui en découle.

La clinique s'est appliquée à saisir les caractères spécifiques des manifestations psychiques épileptiques, en rapprochant ces formes larvées des états convulsifs typiques ; par inférence, on a pu assigner à celles-là un certain nombre de caractéristiques : soudaineté de l'apparition, perte de la conscience, caractère impulsif et incoordonné des actes accomplis à la faveur d'un état confusionnel prononcé, perte de souvenir et fatigue intense à la fin de la crise. Ces caractères ne sont cependant pas spécifiques et l'on a signalé entre autres manifestations : des fugues prolongées, sans confusion notable, avec conservation satisfaisante de la conscience et sans grosse amnésie.

L'observation des faits cliniques étant insuffisante pour étayer un diagnostic précis on a eu recours à des données expérimentales. L'épreuve du traitement habituel des états épileptiques n'a pas donné sur ce point les résultats qu'on en attendait. En effet, si au cours de la thérapeutique instaurée, la disparition des équivalents psychiques permet d'en affirmer l'origine comitiale, leur persistance ne saurait en aucun cas faire rejeter le diagnostic d'épilepsie.

Il était naturel de chercher à provoquer artificiellement chez ces malades des crises convulsives dont le caractère serait plus appréciable. C'est ainsi que Pagniez et Lieutaud, utilisant les corrélations supposées entre le choc colloïdoclasique et les paroxysmes convulsifs, arrivèrent à déclancher des crises chez un épileptique par simple ingestion d'aliments ternaires (chocolat).

A la lumière des rapports de la crise épileptique avec le choc colloïdoclasique et le tonus neuro-végétatif, étudiés par Santenaise, nous avons tenté de déclancher des accidents convulsifs en provoquant artificiellement l'hypervagotonie par des agents pharmacodynamiques, tels que l'ésérine. L'inconstance des résultats motiva des investigations d'un autre ordre.

Le fait, actuellement bien connu, que la suppression brusque de gardénal chez un épileptique, provoque fréquemment des accidents, nous a paru utilisable en s'entourant de certaines précautions. L'expérience a été fortuitement réalisée par un malade de M. Valensi qui, soumis à ce traitement pour des équivalents psychiques, avait spontanément interrompu la médication et déclanché, à ce propos et pour la première fois de sa vie, une crise convulsive typique. La méthode a été tentée très prudemment en donnant quotidiennement au malade une dose de gardénal très réduite et en le surveillant de très près au moment de la suppression : les résultats ont été négatifs et les dangers que peut entraîner cette technique nous paraissent en justifier l'abandon.

Devant l'insuccès de la plupart de ces tentatives, nous avons recherché d'autres procédés et en particulier nous avons songé à provoquer par l'hyperpnée volontaire des manifestations convulsives au cours de l'épilepsie larvée. La méthode est récente et ne paraît pas, jusqu'à ce jour, avoir été utilisée dans ce but précis. Les travaux assez nombreux des auteurs anglo-saxons se sont attachés surtout aux manifestations cliniques de la tétanie et à l'étude parallèle du chimisme sanguin. La technique employée est facile comme nous allons le voir, elle peut être renouvelée sans inconvénients et pratiquée impunément dans les cardiopathies; elle doit cependant être maniée prudemment chez les épileptiques. Joshua Rosett (1), auteur d'un mémoire important sur la question, signale incidemment que « l'hyperpnée en rendant tangibles toutes les affections neurologiques latentes, peut, lorsqu'elle est poussée à un degré suffisant, provoquer une attaque d'épilepsie major ou minor chez des individus sujets à de semblables manifestations, mais qu'une pareille expérience est justifiée par les nécessités du diagnostic. » MM. Guillain, Alajouanine et Thévenard ont rapporté récemment les résultats de l'hyperpnée expérimentale au cours de l'épilepsie jaksonnienne et insisté sur la valeur de ce test clinique pour mettre en évidence le « signal symptom » et permettre ainsi la localisation précise du foyer épileptogène. L'hyperpnée nous a paru être un excellent moyen de diagnostic étiologique au cours de l'épilepsie psychique et nous rapporterons plus loin les résultats intéressants obtenus chez un malade traité à la Clinique.

Nous résumerons brièvement la technique employée. Le sujet délivré de tous liens est placé en décubitus dorsal, on lui commande alors d'inspirer et d'expirer aussi profondément que cela lui est possible, en contrôlant fréquemment l'amplitude des mouvements respiratoires; le rythme est de 11 à 15 inspirations

(1) JOSHUA ROSETT. — The experimental production of rigidity, of abnormal involuntary movements and of abnormal states of consciousness in man. *Brain*, 1924, t. 47, fasc. 3.

par minute, l'expérience peut être impunément prolongée jusqu'à plus d'une heure si la tétanie n'apparaît pas avant. Le temps de latence est assez variable, il est en général raccourci chez les épileptiques que nous avons observé en période de crises.

Appliquée à des individus normaux, l'hyperpnée nous a donné des résultats analogues à ceux qui ont été signalés : léger tremblement prodromique des muscles orbitaires et péri-buccaux, rigidité des muscles de la face puis des mains ; au point de vue psychique, des troubles de l'attention assez marqués et des sensations de vertige et de fourmillement dans les membres, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance. Chez un épileptique avec crises, rares depuis l'instauration du traitement au gardénal, nous avons pu ainsi provoquer au bout de 25 minutes une rigidité marquée des mains et avant-bras avec exagération des réflexes tendineux. L'hyperpnée ayant été poursuivie, le malade a présenté au bout de la quarantième minute une perte de connaissance d'une durée de 2 minutes sans manifestations convulsives, mais avec inconscience absolue, absence de toute réaction aux sollicitations extérieures. A la fin de l'absence, le malade en reprenant conscience nous a déclaré spontanément qu'il avait dû sûrement avoir une crise, car il ressentait la courbature habituelle.

OBSERVATION. — C. A., 28 ans, magasinier, entre à la clinique le 8-3-25, avec un état confusionnel caractérisé par de l'obtusion, une orientation imparfaite, du désordre des actes et des propos incohérents : « les cartouches de la République, Verdun, le colonel, 15 jours dans l'eau, etc... » Il avait été arrêté quelques jours auparavant pour avoir tiré, dans la rue, des coups de revolver. Sorti rapidement de cet état confusionnel, le malade affirme n'avoir conservé aucun souvenir des actes qui lui sont reprochés et ne pas savoir ce qui s'est passé du 6 au 7 mars ; il n'aurait repris conscience qu'à l'infirmerie spéciale. Les antécédents du malade ne présentent rien de particulier. L'anamnèse cependant signale quelques céphalées épisodiques, une irritabilité excessive avec colères violentes et brusques, et surtout des sautes d'humeur soudaines et des crises de « cafard » cons-

cientes, mais non motivées et à cessation brusque. Le caractère de la confusion mentale présentée à l'entrée et celui des troubles habituels de l'humeur, militaient en faveur de manifestations psychiques d'origine comitiale. L'observation dans le service ne permit pas de préciser ce diagnostic: le malade n'ayant pas manifesté de crises convulsives, de vertiges ou d'absences et ne s'étant livré à aucun acte impulsif; après la disparition de la confusion, le sujet paraissait absolument normal et sa sincérité pouvait alors être suspectée. Le diagnostic ne put être étayé, malgré les présomptions cliniques, par les techniques indiquées précédemment: suppression du gardénal, provocation expérimentale de l'hyperpnée. Il ne le fut qu'à la faveur de l'hyperpnée pratiquée à plusieurs reprises et dont voici le protocole:

Le 18 mars, le malade à jeûn se prête docilement à l'expérience, le rythme moyen des mouvements respiratoires est de 15 par minute. Au bout d'un quart d'heure, les yeux se dévient en haut et vers la droite. Objectivement le malade semble avoir perdu connaissance, un rire spasmodique de quelques secondes est remplacé par quelques sourires; il ne répond pas aux ordres et se montre insensible aux excitations extérieures: pincements, gifles, etc.; il reprend conscience après deux minutes d'absence et affirme ne pas savoir ce qui vient de se passer et, en particulier, pourquoi il a souri à plusieurs reprises. Il accuse, aussitôt le retour à la conscience, des sensations de courant électrique dans les masses musculaires antérieures des cuisses et dans les doigts, des bourdonnements d'oreilles et dans la tête. Dans l'après-midi, le malade s'est senti énervé, il s'est promené de long en large pour calmer son anxiété. A 17 heures, il se jette brusquement sur un infirmier, sans motif apparent. Isolé et maintenu au lit, il reprend conscience assez tardivement et n'a pas conservé le souvenir de son acte impulsif.

Le 21 mars 1925, C. reçoit une injection de un demi-milligramme d'ésérine dans le but de provoquer un état vagotonique, le réflexe oculo-cardiaque paraît-toujours bouclé, le solaire est légèrement positif. L'hyperpnée est pratiquée une heure après l'injection; après une latence de 20 minutes: apparition d'une légère contraction tonique au niveau des mains, puis ralentissement des inspirations, apnée transitoire et après une vingtaine de longues et profondes inspirations, déclenchement de la crise. Elle se caractérise par la révulsion des yeux, l'extension de la nuque, la cyanose de la face, le stertor; les contractions toniques surtout

localisées au niveau des mains, sont remplacées par des secousses cloniques ; il n'y a ni morsure de la langue, ni salivation, ni miction involontaire. L'accès dure deux minutes, le malade reprend aussitôt conscience, il répond avec précision aux questions qui lui sont posées, mais il n'a conservé aucun souvenir de la crise qui était à ce moment-là totalement inconsciente.

L'observation que nous rapportons souligne l'intérêt de l'emploi de l'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie psychique ; la production de manifestations convulsives typiques permettant ainsi le diagnostic étiologique est d'un grand intérêt au double point de vue médico-légal et thérapeutique. Cette méthode intéressante, facile à réaliser, sans grand danger si le malade est placé dans un milieu hospitalier et si l'hyperpnée n'est pas poussée trop loin, n'est peut-être pas un moyen de diagnostic parfait ; nous avons pu voir une épileptique typique ne pas présenter d'accès tétanique au bout de 45 minutes.

Néanmoins, dans les recherches en cours, l'hyperpnée nous apparaît comme un excellent moyen de provocation expérimentale d'accès convulsifs chez des malades présentant épisodiquement ou discrètement des manifestations d'origine comitiale.

(Chez une malade amenée par les auteurs de la communication, une crise a été provoquée devant les membres de la Société. Sur la nature de cette crise, plusieurs d'entre eux ont donné leur avis dans la discussion suivante).

DISCUSSION

M. G. DUMAS. — A-t-on essayé cette méthode avec un sujet normal ? Que se produirait-il dans ce cas ?

M. MONTASSUT. — On n'obtient chez le normal, après un long temps d'hyperpnée, que des manifestations de tétanie.

M. G. DUMAS. — Certains dentistes savent provoquer l'analgésie par la pratique de fortes inspirations. Au

bout de quelques minutes, le patient parvient à subir sans douleur l'extraction des dents malades. D'autre part, tout travail moteur intense et prolongé élève le seuil de la douleur, comme il est facile de s'en rendre compte par des expériences de laboratoire.

M. MONTASSUT. — D'après les auteurs américains qui se sont occupés de cette question, la douleur exagère les manifestations de tétanie et raccourcit la période de latence. Les malades accusent des sensations diverses : tendances vertigineuses, bourdonnements d'oreilles, fourmillements dans les muscles intéressés.

M. TOULOUSE. — Je désirerais savoir si l'on a pu provoquer des crises convulsives typiques.

M. MONTASSUT. — Nous avons tout récemment obtenu une crise typique, avec urination, morsure de la langue, salivation, perte du souvenir. Un état confusionnel très caractéristique, avec réactions motrices vives, a suivi cette manifestation comitiale.

M. TOULOUSE. — Devant la grande difficulté de diagnostic que présente l'épilepsie psychique, on peut rester hésitant. J'avoue qu'un accès comme celui que nous avons vu tout à l'heure n'entraîne pas ma conviction, et par sa forme éveille plutôt l'idée d'une manifestation d'ordre névropathique. Je désirerais être témoin de faits plus caractéristiques. Mais ces expériences sont tellement importantes au point de vue du diagnostic de l'épilepsie, si souvent difficile à établir, que nous devons tous engager les présentateurs à les poursuivre.

Quant au mécanisme de ces expériences il est bon de se rappeler que l'oxygène est toxique à haute dose. Arthus signale chez des oiseaux plongés dans une atmosphère d'oxygène des accidents de tétanie.

M. MONTASSUT. — L'action de l'oxygène est imprécise ; la plupart des auteurs signalent la prolongation de la latence, d'autres ne l'ont pas observée. La caféine provoquerait l'apparition précoce de phénomènes de tétanie, les bromures et le gardénal les retarderaient.

M. TOULOUSE. — En ce qui concerne certains états automatiques et amnésiques de l'épilepsie, on emploie souvent le mot d'inconscient. Je crois qu'il serait préférable de le laisser de côté. Ce que nous savons dans ces cas, c'est qu'il y a perte du souvenir, — et encore pas toujours. — Mais entre l'état d'activité psychique supérieure avec lucidité complète et les états d'automatisme élémentaire, où le comportement du sujet trahit une activité psychique inférieure, avec faible connaissance du monde extérieur et de sa propre personne, il y a toute une série de formes d'activités plus ou moins coordonnées. Un chauffeur de taxi, qui voulait conduire à la Madeleine un client désireux d'acheter des fleurs, se réveille au Champ de Mars après une crise suivie d'actes automatiques coordonnés qui lui avaient permis de circuler dans Paris. De son trajet, il n'avait aucun souvenir. Quel était l'état de conscience de cet individu ?

M. H. CODET. — Nous n'avons pas étudié nos malades du point de vue psychologique, au sujet de leur degré d'inconscience. Nous avons seulement trouvé intéressant de constater que, par ce procédé, les épileptiques avérés réagissent ordinairement d'une autre façon que les sujets sains. Par induction, nous pensons qu'un résultat positif, en cas de présomption, apporte un élément intéressant pour le diagnostic.

M. SANTENOISE. — La physiologie peut, sans doute, nous permettre un essai d'interprétation de ces phénomènes. Nous avons, avec le Professeur Charles Richet, cherché le réflexe oculo-cardiaque chez des chiens trachéotomisés. Nous donnions à ces chiens des doses de strychnine insuffisantes pour produire normalement des convulsions. Nous les soumettions ensuite à la respiration artificielle lente. Au bout d'un certain temps, le réflexe oculo-cardiaque manifestait le développement de la vagotonie, et des manifestations convulsives se déclanchaient. Il y a dans ces expériences le témoignage d'une véritable sensibilisation aux poisons du fait de la vagotonie provoquée par la respiration lente. De même chez l'épileptique l'on

peut supposer l'existence d'un poison convulsant, qui pénétrerait en masse la cellule nerveuse au moment où se produisent certains phénomènes. La respiration à rythme lent provoquerait des modifications du régime végétatif qui permettraient, à leur tour, le déclenchement de la crise.

M. MARCHAND. — Je m'associe aux réserves faites par M. Toulouse sur la nature comitiale de la crise à laquelle nous venons d'assister. J'ajouterai que j'ai essayé l'hyperpnée chez deux comitiaux avérés sans obtenir la production de crise.

M. ROUBINOVITCH. — Il serait intéressant de savoir combien de fois l'on a provoqué chez cette même malade des accès analogues à celui que nous venons de constater.

M. MONTASSUT. — C'est aujourd'hui la quatrième fois.

M. ROUBINOVITCH. — On pourrait penser, dans ce cas, à des phénomènes de suggestion, à des accidents pithiatiques développés par la répétition.

M. MONTASSUT. — Nous avons expérimenté, ce matin, la méthode sur une épileptique, entrée hier dans le service et qui, comme les autres malades, ignorait complètement le but de cet exercice. Au bout de 4 minutes, nous avons observé un vertige ; l'hyperpnée reprise quelques instants plus tard déclancha au bout de 17 minutes une crise épileptique typique avec convulsions, cri, pâleur de la face, hypersalivation et émission d'urines, amnésie consécutive ; quelques minutes après cette malade a présenté un état confusionnel et déclanché une crise émotive prolongée dont le caractère un peu paradoxal aurait pu faire penser à des manifestations hystériques si nous n'avions pas assisté à la crise épileptique typique provoquée par l'hyperpnée.

M. DELMAS. — Je viens associer aux réserves précédemment faites sur la crise que nous venons d'observer celles que m'inspire l'absence des vrais

caractères pathognomoniques de l'épilepsie. Je n'ai vu ni pâleur, ni cyanose. Le signe de Babinski, les perturbations caractéristiques du pouls manquent également. Or ce sont de tels symptômes qui présentent le plus de signification, et non les caractères, toujours variables, des accidents psychiques.

M. H. CODET. — Que la forme de certaines manifestations provoquées par l'hyperpnée puisse prêter à hésitation entre l'épilepsie et l'hystérie, comme pour celle qui s'est produite au cours de la séance, nous le reconnaissons. Mais nous avons assisté, lors de la 3^e épreuve d'étude, à une crise fort nette avec cri initial, accompagnée des phénomènes vaso-moteurs qui ne peuvent être sujets à caution.

A propos de la remarque de M. Santenoise, nous pouvons signaler que cette crise provoquée, la plus nette, s'est produite après injection expérimentale d'Eserine. Nous devons remarquer néanmoins que, pendant la durée de cette même expérience le R. O. C. s'est montré constamment nul, puis toutes les 10 minutes ; il est vrai que nous n'avons pu le contrôler dans les secondes précédant immédiatement le paroxysme.

M. LEROY. — Dans une communication faite au Congrès de Rennes, M. Sizaret signalait la possibilité d'arrêter les crises d'épilepsie par des inhalations d'oxygène.

M. SANTENOISE. — Il n'est pas certain que la respiration modifiée par les expérimentateurs développe l'oxygénation. Nous avons observé, dans diverses expériences, que l'hyperoxygéné devient hypovagotonique, si bien que l'on voit augmenter la dose de strychnine nécessaire pour provoquer des phénomènes spasmodiques. La respiration artificielle peut fort bien, au contraire, entraîner une augmentation de l'acide carbonique que le sang apporte aux tissus.

Amnésie, fabulation, hallucinations lilliputiennes consécutives à une fracture du crâne.

(Présentation de la malade)

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PIERRE-KAHN

Si les syndromes confusionnels et amnésiques sont d'observation courante chez les traumatisés du crâne, il est par contre exceptionnel de rencontrer un syndrome hallucinatoire à caractère lilliputien.

Avant de discuter les différents points qui nous paraissent intéressants chez notre malade, voici le résumé de son histoire.

OBSERVATION. — Mlle Elise C..., âgée de 32 ans, est victime le 13 janvier 1925 d'un accident d'automobile. De caractère timide et peureux, d'imagination vive, d'intelligence moyenne, elle a eu son certificat d'études à l'âge habituel. Elle n'a jamais présenté de troubles nerveux et d'une excellente santé physique, elle vivait tranquillement dans la même maison que ses parents et sa sœur. Pas d'alcoolisme ni héréditaire, ni familial, ni personnel ; pas d'antécédents psychopathiques familiaux ou personnels .

Le 13 janvier dernier, Elise traversait la route qui passe devant sa maison, lorsqu'une automobile la heurte et la renverse. Transportée dans le coma à l'hôpital de Vaugirard, elle est radiographiée et l'on voit une fracture du rocher gauche près de la pointe et perpendiculaire au grand axe de l'os.

Pas de paralysie faciale. La ponction lombaire donne issue à un liquide sanglant.

La malade présente, dès que le coma cesse, des troubles psychiques, qui la font envoyer dans le service de psychiatrie de la Pitié, où elle entre le 28 février au Pavillon Ch. Quentin.

Pas de fièvre. Ecchymose préauriculaire gauche.

Strabisme interne de l'œil gauche, postérieur à l'accident. Pas de nystagmus. Réflexes pupillaires normaux à droite.

A gauche, paresse de la réaction lumineuse. Pas de lésions appréciables du fond de l'œil.

Cœur, poumons, urines, normaux; constipation, foie normal.

Réflexes tendineux, cutanés, à la douleur, à la chaleur, normaux.

Troubles de l'équilibre. — Pas de Romberg. En marchant Elise incline sur la droite. Tremblements des jambes et bras. Se plaint de nausées, vertiges.

Examen de l'oreille: impossible, étant donné l'état psychique de la malade.

Au point de vue psychique, la malade présente de l'excitation psycho-motrice, de l'amnésie avec fabulation et fausses reconnaissances, des hallucinations auditives et des troubles sensoriels visuels (hallucinations lilliputiennes), qui semblent être plutôt des illusions que des hallucinations.

Excitation psycho-motrice. — C'est une logorrhée continue à thème assez pauvre, sans excitation motrice. Les paroles sont souvent grossières, alors qu'avant son accident, la malade était douce et fort polie.

Elle répète presque toujours les mêmes choses, et ce sont des choses imaginaires. Alors qu'elle n'est pas mariée et n'a pas d'enfants, elle parle de son mari, de ses enfants, de ce qu'ils ont fait la veille, elle leur donne des noms (à la vérité ceux de ses neveux). Celui qui est son mari, dans sa fabulation, n'est autre qu'un fiancé qui fut tué à la guerre.

Elise est plutôt gaie, euphorique; l'affectivité est conservée.

Elise appelle ses parents « des pauvres choux, des bien chéris ». Elle raconte des visites imaginaires, des promenades jamais faites. La mémoire d'évocation n'existe plus depuis la date de l'accident. Les souvenirs antérieurs sont mal conservés.

Elise ne se rappelle plus, par exemple, que ses frères sont morts à la guerre. Elle se souvient cependant de son nom et de son adresse.

La mémoire de fixation est très atteinte, comme c'est la règle après les traumatismes crâniens. Du fait de cette amnésie, Elise est désorientée dans l'espace et le temps. D'un jour à l'autre, elle ne reconnaît ni le médecin, ni les infirmiers. Mais, par contre, elle croit reconnaître en eux des personnes de sa famille. Elle reconnaît les objets usuels.

Il est assez difficile de fixer son attention plus de quelques minutes. Elle se fatigue très vite.

Elle n'est ni inquiète, ni anxieuse.

Parfois cependant, elle crie et se met en colère. Elle entend des voix, qui l'insultent, la traitent de fille de mau-

vaïse vie, de prostituée, ou lui reprochent de recevoir des hommes toute la journée. Ces voix elle ne peut les reconnaître, elle ne sait pas les expliquer.

Ces *hallucinations auditives* semblent avoir disparu au bout de deux semaines.

La malade alors est surtout occupée de ce qu'elle dit voir.

Ce sont des bêtes de toutes sortes, renards, serpents, oiseaux.

Au plafond de la chambre, qu'elle occupe, il y a un trou de quelques centimètres de diamètre, qui a été sans doute fait pour quelque réparation de canalisation électrique, et qui n'a pas été rebouché. Elle fixe du regard ce trou et raconte qu'elle en voit sortir des diabolins, hauts de 10 ou 15 centimètres, peut-être un peu plus et qui lui font des grimaces.

Si on lui demande si ce sont des vrais diables, bien vivants, elle répond en riant qu'elle ne le sait pas, mais qu'il lui semble bien que ce sont comme des *dessins* ou des *projections* de petits diables grimaçants.

Le caractère lilliputien de ces manifestations mérite d'être noté.

Pas de troubles sensoriels autres, ni d'automatisme mental.

18 mars. — La malade se croit toujours mariée. Elle parle de ses enfants imaginaires et de ses parents avec une affectivité accrue. Elle veut sortir, et sa famille vient la chercher et l'emmène.

Son état s'est amélioré au point de vue mnésique. Son attention se fixe mieux. Les hallucinations auditives semblent avoir disparu.

29 mars 1925. — La malade vient nous revoir dans le service. Elle a toujours la même excitation psycho-motrice. Elle bavarde continuellement avec gaité et bonne humeur. Elle a cessé d'employer des termes grossiers comme à l'hôpital. Elle n'a plus ni zoopsie, ni hallucinations visuelles, ni hallucinations auditives. Il lui reste parfois quelques illusions : ainsi tout récemment, elle a pris un tas de pierres pour un enfant. Elle ne fabule plus ; elle se rend compte qu'elle était malade psychiquement ; la nuit, elle avait peur et c'est à cette émotion qu'elle attribue ses hallucinations. Elle se rappelle ce qui s'est passé à la Pitié, mais ne se souvient pas du tout du séjour d'un mois qu'elle fit à l'hôpital de Vaugirard. Le strabisme persiste ainsi que l'inégalité pupillaire. Les deux pupilles réagissent à la lumière. Les troubles de la marche et les vertiges existent

encore. Ils sont d'origine labyrinthique, ainsi qu'il résulte de l'examen fait par M. Lanes, dans le service de notre collègue Hautant. Elise présente, en effet, actuellement une inexcitabilité calorique totale de l'oreille gauche avec une diminution légère de l'excitabilité calorique de l'autre côté. L'audition est un peu plus facile du côté gauche que du côté droit, avec une formule qui se rapproche de celles qui sont observées dans les lésions de l'oreille moyenne.

L'épreuve rotatoire montre une forte diminution du nystagmus post-rotatoire droit (labyrinthe gauche), et une diminution légère du nystagmus post-rotatoire gauche (labyrinthe droit). Par contre l'épreuve du vertige voltaïque de Babinski est sensiblement normale.

En résumé, il semble exister une lésion localisée de l'appareil labyrinthique postérieur, respectant l'organe cochléaire d'étiologie traumatique, mais de nature indéterminée, vraisemblablement hémorragique.



Donc, violent traumatisme avec fracture du rocher, ayant pour conséquence d'une part des troubles oculaires (strabisme et parésie du réflexe lumineux), d'autre part un syndrome amnésique avec fabulation, fausses reconnaissances, zoopsie, hallucinations lilliputiennes et hallucinations auditives. Les renseignements donnés par la famille sont très affirmatifs sur ce point : la malade n'était pas alcoolique, et, d'autre part, n'avait jamais présenté de troubles psychiques avant l'accident.

Force nous est donc d'établir une relation de cause à effet entre le traumatisme crânien et le syndrome psychique. Il rappelle par l'amnésie de fixation et la fabulation le syndrome de Korsakoff. La zoopsie, les hallucinations auditives injurieuses, les hallucinations visuelles lilliputiennes ont figure de symptômes de psychoses alcooliques.

Faut-il en conclure que le traumatisme a agi sur le cerveau dans les mêmes conditions que l'intoxication alcoolique, les deux traumatismes physique et toxique étant équivalents ? Le caractère des hallucinations lilliputiennes, qui rappellent par plus d'un côté

celles qui ont été décrites par M. Leroy, semble se rapprocher des illusions imaginatives. Dans le jeu d'ombre dû au trou du plafond, la malade se plaisait à voir des petites figures, qu'elle nous décrivait avec la même complaisance qu'elle mettait à nous raconter les faits et gestes d'un mari et d'enfants qui en réalité n'avaient jamais existé. Il nous semble donc pouvoir les rapprocher des autres fabulations de la malade.

En résumé, à la suite d'une commotion cérébrale avec fracture de la base du crâne notre malade eut un syndrome confusionnel avec hémorragie méningée pour laquelle elle fut d'abord transportée dans un service de chirurgie. Entrée à la Pitié quelques jours plus tard, cette malade, outre une amnésie lacunaire rétro-antérograde relative à la date de l'accident, avait une amnésie de fixation énorme entraînant une fabulation compensatrice, qui se caractérisait non seulement par des récits imaginaires, des fausses reconnaissances, de l'euphonie, mais encore par des hallucinations visuelles lilliputiennes et des hallucinations auditives verbales. Il existait, de plus, de l'inégalité pupillaire avec strabisme interne gauche lié à une paralysie du moteur oculaire externe et de l'hésitation de la marche avec latéropulsion droite. L'inexcitabilité calorique totale de l'oreille gauche, la diminution du nystagmus post-rotatoire droit et l'hypoacousie gauche montrent l'existence d'une lésion labyrinthique gauche, probablement une hémorragie. L'absence de signes d'intoxication alcoolique ou d'auto-intoxication permet de rapporter directement au traumatisme les divers syndromes observés. Les hallucinations lilliputiennes paraissent être, comme les récits imaginaires et les fausses reconnaissances, les effets de la fabulation réactionnelle à l'amnésie de fixation.

D'un mot l'intérêt de cette observation tiendrait dans cette équation : Traumatisme avec fracture du rocher et lésions labyrinthiques et oculaires = syndrome de Korsakoff avec hallucinations auditives et visuelles lilliputiennes.

M. SOLLIER. — La communication suivante traite d'un sujet voisin : la réunion de la discussion de ces deux communications serait, sans doute, intéressante.

Hallucinations lilliputiennes récidivantes à chaque période menstruelle

par P. LELONG

J'ai l'honneur de vous présenter l'observation d'un cas d'hallucinations lilliputiennes remarquables par leur coïncidence avec la période menstruelle.

Suzanne H., veuve M., âgée de 35 ans, est une débile mentale avec stigmates physiques de dégénérescence : front bas, tiers inférieur du visage développé, dents mal implantées, attitude vulgaire et puérile. Lourde hérédité morbide : père alcoolique, mère morte de tuberculose, deux sœurs alcooliques.

Instruction presque nulle. Régulée pour la première fois à 13 ans 1/2. Mariée à 23 ans. Deux enfants : l'un d'eux, âgé de 11 ans, est bien portant ; l'autre, venu par le siège, est mort en naissant.

La malade, ouvrière à l'imprimerie nationale, est entrée deux fois à l'hôpital Laënnec, en août 1915 et au milieu de 1921, pour des troubles digestifs probablement dus à des excès éthyliques. C'est lors de sa première hospitalisation, où son état d'agitation l'avait fait placer dans le service d'isolement, qu'elle présente pour la première fois des visions lilliputiennes, probablement au milieu d'un onirisme banal sur lequel on ne peut obtenir de renseignements. La malade cependant affirme un fait intéressant : elle avait à ce moment ses époques, et, à partir de ce jour, il y a dix ans, les phénomènes hallucinatoires micropsiques sont devenus inséparables des phénomènes menstruels.

Les règles ont été troublées depuis l'âge de 27 ans, après la naissance des enfants. Le flux menstruel, suffisant, dure trois ou quatre jours, mais vient très irrégulièrement avec des retards fréquents de trois mois. Un jour ou deux avant, il est précédé de quelques malaises, sensation de tête lourde, énervement, sans douleur locale, avant ni pendant les époques.

Les hallucinations lilliputiennes apparaissent généralement dans cette période prémenstruelle. Toujours nocturnes depuis des années, elles viennent pendant une ou deux, rarement trois nuits de suite, pour cesser ordinairement dès le début de l'écoulement sanguin. Il est exceptionnel qu'elles continuent une nuit encore simultanément avec les règles. La malade voit *une trentaine de petits arlequins vêtus de vert, de jaune et de rouge, hauts de 10 cm. environ, d'autres plus grands auraient une taille de 30 cm. Ils dansent des rondes en se tenant par la main et chantent des airs gais et entraînants, toujours les mêmes, d'une petite voix proportionnée, enfantine*. Une fois sont apparus six petits marins bleus monochromes qui restaient immobiles. Le spectacle dure 10 à 15 minutes.

Ces visions sont presque toujours accompagnées d'hallucinations d'ordre banal, de taille normale et de couleur sombre. Ce sont des figures grimaçantes, des enfants qui se tuent, et principalement des chiens et des chats ; ceux-ci, menaçant de bondir sur l'intéressée, lui font particulièrement peur. Les Lilliputiens ne lui paraissent pas redoutables : « Ils ne me veulent pas de mal » dit-elle ; sans l'amuser franchement, ils lui sont parfois indifférents, plutôt même agréables, en contraste certain avec le caractère terrifiant des hallucinations zoopsiques précitées.

Généralement les hallucinations commencent par les petits bonshommes et se continuent par les visions banales. Quelquefois elles sont simultanées : les arlequins dansent toujours lorsque les chats viennent effrayer le sujet. Une fois les petits personnages sont apparus trois heures après des visions zoopsiques, ayant duré une dizaine de minutes et suivies de sommeil. Ces troubles psycho-sensoriels surviennent cinq ou six fois au cours de la nuit, soit qu'ils apparaissent dès que Suzanne ferme les yeux pour disparaître quand elle les ouvre à nouveau, soit qu'ils la réveillent après un sommeil de quelques heures, semblant prolonger un rêve de même nature. Leur rapport avec le rêve paraît évident. Tous les intermédiaires existent entre le rêve lilliputien et l'hallucination proprement dite à l'état de veille. Les Lilliputiens surgissent ordinairement dans une période hypnagogique. Ils sont favorisés par l'occlusion des yeux et par l'effacement nocturne des perceptions réelles, ce qui fait penser à la théorie des réducteurs de Taine.

En plein jour, dans cette période immédiatement prémenstruelle, Suzanne présente quelques illusions : les objets lui paraissent changer de forme, elle a pris dernièrement un arbre pour une infirmière. Pas d'hallucinations diurnes, au moins en dehors de ses accès de délire onirique.

Deux facteurs paraissent en cause dans ces curieux phénomènes hallucinatoires : l'alcoolisme et la menstruation. Quelle part peut être attribuée à chacun d'eux ? La malade buvait surtout du vin et de la bière, pas d'alcool. Elle a eu deux ou trois accès d'éthylisme, le dernier ayant nécessité l'internement en raison de l'agitation et du délire. Actuellement son état d'alcoolisme chronique est peu marqué : cauchemars à images macabres (cercueils), léger tremblement des mains et de la langue. Ni crampes, ni douleurs musculaires provoquées. Réflexes tendineux un peu vifs. Foie normal. Pas de troubles digestifs, pas de pituites. Les urines sont normales.

Les symptômes constatés peuvent dépendre plutôt de l'extrême émotivité du sujet qui est irritable, susceptible, et doué d'une grande instabilité vasomotrice, sans basedowisme.

L'importance de l'étiologie alcoolique paraît diminuée par ce fait que, depuis une année d'internement et de désintoxication, les hallucinations lilliputiennes de Suzanne n'ont nullement rétrogradé, mais conservent la même intensité et la même durée. Elles sont restées stéréotypées.

D'autre part, une concordance si rigoureuse entre les visions et les règles permet d'établir un rapport causal au moins occasionnel, chez cette malade dont l'apport alcoolique héréditaire et acquis a sensibilisé la cellule cérébrale, rendue hallucinogène en présence du poison menstruel, car, comme le dit Kreis, la menstruation représente dans la plupart des cas l'occasion d'un réveil pathologique du système nerveux. Il s'agit vraisemblablement, en effet, de phénomènes toxiques périodiques d'autant plus accentués que Suzanne est mal réglée. Mais la dysménorrhée est un fait banal, et, en matière de menstruation il semble difficile de tracer une limite nette entre le normal et le pathologique, puisque certains auteurs tendent à considérer cette fonction comme théoriquement pathologique, devenue secondairement physiologique par adaptation de l'organisme. Ils se basent sur la quasi-

constance des troubles nerveux, sur les sensations locales accompagnant le fonctionnement d'un organe, sur la perte sanguine, enfin sur le fait que la menstruation n'est pas nécessaire à l'évolution et à la fécondation (1). On peut penser, en effet, que la résorption des ovules inemployés détermine un choc colloïdo-clasique entraînant des troubles de la coagulabilité, d'où l'écoulement sanguin (2). L'existence d'hémorragies extra-génitales corrobore cette idée. La théorie qui fait appel aux actions réciproques des glandes endocrines et du système sympathique, si bien mise en évidence par mon maître Laignel-Lavastine (3), n'exclut pas, d'ailleurs, la précédente. Parisot et Richard (4) ont montré la réaction inverse dans les tonus neuro-végétatifs, avant et pendant les règles. Weismann-Netter a insisté, d'autre part, sur l'acidose prémenstruelle.

La cause toxique menstruelle influe certainement sur le psychisme. On connaît la fréquence des psychoses survenant à l'occasion des menstrues, leur action déterminante sur les accès de la maniaque-dépressive et sur les bouffées délirantes des débiles. On observe couramment, chez la plupart des aliénées, l'exaltation des symptômes mentaux au moment des règles.

On peut dire que la période d'activité de l'ovaire détermine dans l'organisme un état spécial endocrino-sympathique, qui sensibilise le système nerveux, probablement par accumulation de toxines envers lesquelles le flux menstruel est une réaction de défense éliminatrice. Si cette élimination est déficiente, on conçoit que des troubles puissent se produire.

Les hallucinations lilliputiennes ne sont qu'une modalité du délire onirique : « ces troubles psycho-

(1) KREIS. — a) Menstruation et système nerveux. Essai sur les problèmes physiologiques et pathologiques. *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1922, t. XI, p. 610-624. — b) *Gynécologie et Obstétrique*, n° 9, t. V, 1922.

(2) MARCEL GOMMÈS. — Psychopathies menstruelles. *Concours médical*, 1925.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique.

(4) PARISOT et RICHARD. — Les glandes endocrines.

sensoriels se présentent dans les états toxiques et infectieux quand les centres sont excités par un poison de quelque nature que ce soit » dit Leroy dans un important article (1). L'état affectif paraît conditionné par une modification sympathique qu'il serait intéressant d'approfondir (2), car, c'est par l'intermédiaire du système végétatif que l'ovaire peut influencer la vie mentale. Son intime corrélation avec lui est, en effet, prouvée par la découverte récente de fibres sympathiques courant à travers la glande et qui appartiennent aux deux systèmes ortho-sympathique et para-sympathique pelvien. Aschner a vu l'atrophie de la glande interstitielle après section des nerfs ovariens (3). Malheureusement le problème physiologique est si complexe qu'on ne peut classer actuellement telle catégorie d'hypertonie végétative dans telle catégorie menstruelle. L'ovaire ne peut pas davantage être classé dans les glandes sympathodépresseurs. Il faut se borner à étudier les cas individuels.

Reste à interpréter le caractère lilliputien des hallucinations. La théorie périphérique visuelle paraît devoir être écartée : il n'y a pas de micropsie, ni de scotomes, vision normale. La théorie psychique, soutenue par Leroy et Mignard semble bien s'appliquer à ce cas. Suzanne se rappelle, en effet, nettement avoir vu, étant enfant, des arlequins dans les foires. Cet appel de l'inconscient aux souvenirs enfantins signifie-t-il une sorte de réaction de défense à l'égard des hallucinations terrifiantes, comparable à la réaction euphorique des persécutés ? (4). Peut-être. Cependant, chez la malade, les Lilliputiens arrivent d'ordinaire les premiers.

(1) R. LEROY. — Le syndrome des halluc. lillip. *Monde médical*, 15 avril 1922.

(2) R. LEROY. — Les états affectifs dans les hallucinations lilliput. *Journal de Psychologie*, 15 février 1925.

(3) KREIS. — *Loc. cit.*

(4) BOUYER et PERRET. — Un fond mental commun à la base des hallucin. lillip. *Ann. méd.-psych.*, février 1923.

Le rôle du fond mental doit avoir une grande importance dans la genèse de ces troubles psycho-sensoriels particuliers. Bouyer et Perret ont essayé de mettre en évidence chez ces sujets un fond mental commun dont les caractères seraient : l'émotivité, l'imagination vive, la mièvrerie, le mysticisme, la tendance à l'introspection et au symbolisme (1). La malade est certainement une grande émotive et une grande mystique (elle a longtemps désiré se faire religieuse et ne s'est mariée que sur la vive insistance de ses parents) ; mais son niveau mental est des plus médiocres et son imagination bien pauvre.

En présentant cette observation à la Société médico-psychologique, j'ai eu surtout l'intention d'apporter une nouvelle contribution à l'étude des hallucinations lilliputiennes. Ce cas, sans doute exceptionnel, se manifestant depuis des années, à chaque époque menstruelle, chez une débile dysménorrhéique et alcoolisée, montre qu'on peut ajouter une origine endocrinienne à la liste déjà longue des causes toxiques capables de déterminer le syndrome de Leroy.

Trois cas d'hallucinations lilliputiennes atypiques

Par le Dr A. PRINCE (de Rouffach)

Ainsi que je l'avais déjà fait à l'asile de Hoërdt (2), j'ai recherché si le syndrome des hallucinations lilliputiennes de Leroy n'existait pas à l'asile de Rouffach. Sur les 1.050 malades de l'établissement, j'ai rencontré les trois cas suivants se rapportant à des états chroniques.

(1) BOUYER et PERRET. — Un fond mental commun à la base des hallucin. lillip. *Ann. méd.-psych.*, février 1923.

(2) A. PRINCE. — Hallucinations lilliputiennes au cours de la démence. *Ann. méd.-psychol.*, novembre 1921.

Obs. I. — O..., célibataire, né en 1892, entre à l'asile de Rouffach, le 18 octobre 1920 (1).

Déprimé, ne travaillant plus et ne mangeant presque plus depuis plusieurs semaines, il se cachait « de peur d'être fusillé », et aussi, parce qu'il entendait des voix qui lui faisaient des reproches et qui l'insultaient. Il prétend qu'on lui a volé les bagues de ses ancêtres avec initiales : ces bagues ont une valeur magique et servent à lui faire du mal. Il est généralement maussade et de mauvaise humeur.

Le 29 juin 1921, ayant donné inopinément une gifle au surveillant, il explique qu'il a agi ainsi parce que ce dernier lui fait voir de petits hommes et de petites femmes de 0 m., 10 à 0 m., 15 de hauteur qui courent sur son lit, dans la chambre, sur son corps. Ils sont habillés de chemises de couleur jaune, à demi-nus. Les femmes ont des cheveux noirs, sans chapeaux. Ils parlent entre eux ou bien lui disent des insultes, le menacent, lui donnent l'ordre de se pendre. De fait, le 25 nov. 1921, obéissant à ces ordres impératifs, il arrive à se hisser sur un toit, puis saute dans la cour, sans d'ailleurs se faire aucun mal.

Progressivement, ces hallucinations lilliputiennes se sont espacées, n'apparaissant bientôt plus qu'à de longs intervalles. La dernière est du 5 août 1922 : il a encore vu ce jour-là ces petits êtres sur son plumon, mais cela n'a duré que le temps d'un éclair.

Bien orienté, il entend toujours des voix distinctement. On le poursuit, on lui veut du mal ; il est une victime de l'espionnage et de la révolution allemande. Pendant la dernière année, indifférent plutôt que déprimé, il ne s'occupe et ne s'intéresse à rien, parle d'une voix terne, sans élan, par phrases courtes ; souvent négativiste, il cherche à s'isoler et ne s'entretient que très rarement avec son entourage. A de courts moments, il s'excite, devient impulsif, puis refuse de s'alimenter « par ordre ».

La mort survient le 22 mars 1924, par tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic d'entrée était délire polymorphe avec appoint alcoolique. L'évolution de la maladie a montré que celui de démence précoce paranoïde lui convenait mieux.

Obs. II. — J..., célibataire, née en 1852, entre à l'asile de Rouffach, le 1^{er} juillet 1921.

(1) J'ai pu observer ce malade dans le service de mon collègue et ami, le Dr F. Adam, auquel j'adresse tous mes remerciements.

Depuis une trentaine d'années, elle présente des idées délirantes de persécution à teinte mystique, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue ayant finalement rendu l'internement nécessaire. Elle proteste qu'elle est saine d'esprit, car « le diable est cause de tout ». Il lui enfonce la tête et les côtes. Elle le voit dans le jardin et se prétend ensorcelée depuis de longues années. Maintenant, le vacarme est plus fort que jamais : elle voit par intermittences, dans la chambre, des milliers de petits diables qui la tourmentent, lui arrachent le cœur, les poumons, l'arrosent d'alcool. Ils lui mordent les pieds avec « leurs petites gueules », lui donnent des coups de couteau dans les jambes, la piquent avec des aiguilles, et lui occasionnent des souffrances telles que sa jambe « est restée toute raide » (en réalité, séquelle de fracture de cuisse). « D'autres voix » lui confirment qu'ils sont noirâtres, mesurant la plupart 20 cm. de taille, et portent une peau d'animal en guise de culotte. Originaires d'Allemagne, ils sont envoyés par les Prussiens aux Alsaciens, parlent entre eux en allemand, s'insultent mutuellement d'une petite voix glapissante en poussant des cris perçants : « Cela tient de la sorcellerie ». La cave, le grenier sont remplis de ces petits démons. Certains jours, ils sont plus grands, mesurent jusqu'à 30 cm. et peuvent même atteindre la taille d'un homme. Elle les voit et les entend dans l'espace. Hier, Louis a mis dans une bassine plus de 175 petits diables. Cette nuit, 90 petites sorcières sont sorties d'un trou, et ont pénétré sous la terrasse, etc...

Malgré ses 72 ans, et un délire systématisé qui remonte à plus de 30 ans, cette malade ne présente pas d'affaiblissement notable des facultés intellectuelles. L'orientation est bonne, l'attention suivie, la mémoire bien conservée. Les réponses sont précises, nettes, fournies avec une certaine volubilité. L'association des idées n'est pas discordante. L'affectivité est conservée et présente un caractère grave, sérieux, souvent pénible, et s'accompagnant d'une humeur tantôt préoccupée, légèrement anxieuse, tantôt indifférente.

Comme on le voit : délire chronique de Magnan, psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet, paraphrénie systématique de Kraepelin, ces trois dénominations peuvent parfaitement s'appliquer à cette malade, de même qu'au cas suivant.

Obs. III. — F..., célibataire, née en 1875, entre à l'asile le 26 avril 1912. Hérédité chargée : du côté paternel, deux

tantes sont mortes d'apoplexie, un oncle s'est suicidé ; la grand'mère est morte en état de démence sénile. Du côté maternel, une tante a été internée ; le grand-père est mort à l'asile de Stephansfeld ; un frère et une sœur sont internés à l'asile de Rouffach.

Les troubles mentaux ont débuté trois années avant l'internement par des idées de persécution. Elle était devenue méchante, injuriait sa mère et les voisins, criait par la fenêtre, prétendait qu'on lui avait mis une machine à chanter dans la tête, qu'on la volait, que des gens voulaient l'enlever et l'électrisaient..., etc.

A son entrée, calme, bien orientée, elle ne s'énerve que si l'on porte la conversation sur le terrain de ses persécutions. Elle se sent constamment électrisée, entend des bruissements d'oreilles et, par intervalles, des voix distinctes qui l'empêchent de dormir. Formant un club, ses ennemis savent ce qu'elle pense, agissent sur elle, se travestissent avec des masques. De temps en temps, mais rarement, elle voit apparaître des gens qu'elle reconnaît presque toujours. On note également des préoccupations érotiques et mystiques.

L'examen physique est négatif.

Pendant 10 ans, les idées de persécution et les hallucinations ont peu varié, mais s'orientent cependant davantage du côté sexuel et mystique. Ses voix viennent des esprits invisibles. Elle est la bien-aimée d'un archange qui la visite chaque nuit, la presse de fuir, et lui apprend des chansons d'amour. Elle écrit ses tourments à l'Evêque, au Pape, et dit être inspirée tantôt de Dieu, tantôt du diable.

1922. Les « célestes » lui font des misères, la battent, la mordent, lui perforent les viscères. Ce sont les âmes des morts qui se présentent sous la forme de petits bonshommes et de petites femmes de 5 cm. environ, généralement nus, qui s'infiltrant dans son corps par la bouche, les oreilles, et lui donnent de petits coups de couteau dans les organes. Elle les voit distinctement. Ils ont de petites lumières pour se diriger la nuit, sont munis d'instruments divers, marteaux, couteaux, tenailles. A l'anus, elle en a des quantités qui la tourmentent de toutes les façons, qui pénètrent, et dont elle ne peut se débarrasser. Ils parlent entre eux d'une voix fluette. En automne, elle en a vu de véritables nuées dans les nuages.

1923. Les « âmes microbes » des défunts continuent leurs persécutions. Elles pénètrent par sa gorge, lui « obstruent le cou », l'empêchent d'avaler, l'obligent à tousser. Avec son doigt ou son mouchoir, elle les pousse plus loin afin de ne pas étouffer. Tantôt d'humeur égale, tantôt et plus sou-

vent péniblement impressionnée, sa consolation est de penser que tout le monde est ainsi persécuté, mais que la plupart des gens ne sont pas assez intelligents pour s'en rendre compte.

Progressivement, les idées de grandeur s'accroissent : la nuit, elle est visitée par les apôtres, le pape. Des archevêques sont en adoration devant elle ; des archanges pleurent sur son lit. Des testaments royaux ont été faits en sa faveur : elle héritera des mines d'or sur la côte, des diamants en Angleterre, etc...

1924. Elle se sent moins électrisée que les années précédentes, mais, plus que jamais, elle affirme voir errer dans l'asile des milliards de ces âmes de défunts, les unes très petites, les autres un peu plus grandes. Ce sont maintenant comme des chenilles pourvues d'une tête d'homme avec deux jambes. Elles vont dans la nourriture, dans les chambres, sur les chaises, les canapés, les lits. Elle les voit aussi pulluler sur les toits, les arbres, les buissons. Son corps en est rempli comme toujours. Elles lui disent des choses désagréables et l'obligent à se défendre. La nuit, elle se lève souvent pour faire couler l'eau des robinets afin que les âmes qui remplissent le dortoir puissent se glisser dans les tuyaux vidés de leur contenu. Si ses compagnes dorment paisiblement, c'est qu'elles ne sont pas comme elle « d'origine impériale », et même, du « stamm David ». Ses ancêtres étaient couverts d'or..., etc. (1).

Abstraction faite des idées de grandeur et de richesses, on ne note pas d'affaiblissement intellectuel très important : l'orientation est bonne ainsi que la mémoire. Pour tout ce qui n'a pas trait au délire hallucinatoire, l'association des idées et le jugement paraissent corrects. La malade s'occupe avec intelligence et régulièrement à différents travaux.

L'état affectif est variable. Généralement déprimée, préoccupée, elle corrige l'état pénible de son humeur par des idées mégalomaniaques et érotiques.

Chez aucun de ces trois malades, on ne retrouve le caractère gai, habituellement agréable des hallucinations lilliputiennes classiques, non plus que leurs colorations voyantes. Ceci n'a rien d'étonnant puisque nous avons affaire à des conceptions délirantes graves,

(1) Transférée dernièrement dans le service de mon excellent collègue, le Dr Jabouille, elle manifeste toujours les mêmes hallucinations lilliputiennes.

sombres, mystiques, accompagnées d'un état affectif généralement triste, pénible et malgré tout, sensiblement émoussé par la chronicité. L'hallucination n'étant le plus souvent, dans les cas chroniques, qu'une précision psycho-sensorielle des conceptions délirantes, les représentations mentales hallucinatoires à caractère lilliputien de ces malades ne pouvaient que refléter leur psychisme et leur affectivité en les objectivant, et revêtir ainsi une teinte pénible ou indifférente.

Récemment, Leroy (1) a parfaitement précisé les relations des états affectifs avec les hallucinations lilliputiennes et montré que ces dernières empruntent leur caractère agréable ou pénible à l'affectivité qui donne à la vision sa teinte et sa modalité.

Si dans le premier cas, il s'est constamment agi d'hallucinations vraies à objectivité spaciale, dans les deux derniers, l'hallucination proprement dite a paru souvent alterner avec la pseudo-hallucination ou même avec l'interprétation de troubles cénesthésiques considérés comme dus à une action étrangère, le caractère lilliputien étant toujours conservé. Ces petits diables percent les vicères à l'aide d'un poignard, donnent des coups d'aiguilles, arrosent d'alcool. La malade les voit dans l'espace, les entend, les sent, mais peut-être ces perceptions imaginaires n'auraient-elles pas revêtu cette netteté si « d'autres voix » n'étaient venu renforcer le premier trouble psychosensoriel en confirmant qu'ils étaient petits, noirs et vêtus d'une peau.

On constate de même dans l'observation III un important élément tactile et cénesthésique, déjà signalé par Flournoy (2). Ces petites âmes à forme humaine se livrent sur le corps de la malade à des manifestations extrêmement désagréables. A certains

(1) R. LEROY. — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes. Soc. de psychologie, in *Journal de psychologie normale et pathologique*, 15 février 1925.

(2) FLOURNOY. — Hallucinations lilliputiennes atypiques chez un vieillard. *Encéphale*, nov. 1923.

moments, elle les aperçoit distinctement avec beaucoup de détails ; à d'autres, elle déduit leur présence des sensations qu'elle ressent, comme par exemple lorsqu'il s'agit de l'obstruction du cou ou des tourments de la région anale.

Il existe donc chez ces deux malades un mélange de troubles hallucinatoires lilliputiens à mécanisme différent, accompagnés d'idées d'influence, et qu'on peut énumérer ainsi : interprétations, représentations mentales, pseudo-hallucinations, hallucinations vraies, visuelles, auditives, cénesthésiques. De ces différents modes d'hallucinations lilliputiennes, on ne peut préciser à coup sûr quel mécanisme psychologique découle de l'autre, ni auquel revient soit la priorité, soit la prédominance. Il s'agit d'une véritable intrication, variable suivant la période d'observation. Ces constatations répondent à l'évolution actuelle des idées sur la notion des hallucinations dans la genèse desquelles l'élément intellectuel et affectif est beaucoup plus important qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

Sauf chez le premier malade, dont les poussées fébriles de tuberculose peuvent expliquer les accès hallucinatoires, sinon leur caractère lilliputien, nous n'avons trouvé chez les deux autres ni infection, ni auto-intoxication d'aucune sorte. Mais on sait que dans les délires mystiques, si souvent teints d'érotisme, les hallucinations de la vue sont fréquentes, généralement animées et symboliques. Elles correspondent aux préoccupations habituelles du sujet. « Il est facile de démontrer que bien souvent les images, les discours, les apparitions, en un mot les apparitions les plus spontanées ne sont en réalité que la représentation des souvenirs ensevelis depuis longtemps dans les profondeurs inconnues de notre esprit, et qui ressuscitent à notre insu, sous l'influence d'une excitation morbide » (Ball). A propos d'une hallucination venue du subconscient, Morton Prince (1) remarque « qu'elle exprimait presque littéralement les pensées

(1) MORTON PRINCE. — *La dissociation d'une personnalité*, p. 495. Alcan.

qui possédaient et agitaient le moi subconscient »... dont elle était la représentation visuelle.

Deux de nos malades de Hoerdlt avaient déjà des hallucinations lilliputiennes de nature mystique. Il y a là plus qu'une coïncidence, car si les hallucinations sont sous la dépendance de l'affectivité et du fonds mental, celui-ci emprunte presque toujours ses nuances et ses particularités au milieu : « chez tout halluciné, les sensations perçues sont constamment en rapport avec le milieu intellectuel où il a toujours vécu » (Ball).

Dans cet ordre d'idées, chacun sait que l'Alsace est très religieuse et qu'en outre, les récits de sorcellerie, les légendes y sont nombreux et vivaces comme tout le long des bords du Rhin. Entre autres, n'est-ce pas à proximité de la vallée vosgienne de la Bruche, non loin de Molsheim, que la jeune géante du Nideck descendait de la montagne dans la plaine pour ramasser dans son tablier les paysans, véritables lilliputiens, avec leurs minuscules attelages, leurs charrues afin de s'en faire des jouets au château ? Que de souvenirs lilliputiens ainsi emmagasinés pendant l'enfance, durant les veillées, dans le « stube » de la maison alsacienne !

Ces quelques remarques viennent à l'appui de la théorie psychologique de Leroy et Mignard, d'après laquelle l'hallucination lilliputienne, véritable régression infantile, serait un retour aux conceptions imaginaires de l'enfant, à ses souvenirs enfouis dans le subconscient, et qui revivent sous cette curieuse forme hallucinatoire.

Mentionnons encore que dans les états chroniques, les hallucinations lilliputiennes peuvent être épisodiques, et survenir par poussées successives d'assez longue durée. L'histoire de nos malades comporte des périodes pendant lesquelles les hallucinations ne présentaient pas le caractère lilliputien. Les lames de fond qui émergent des profondeurs du subconscient ne sont pas toujours les mêmes.

Les hallucinations lilliputiennes renferment-elles un

symbole sexuel ? MM. Mignard, Flournoy, Bouyer et Perret ont émis cette hypothèse pour certains cas. Notre troisième malade présente des idées délirantes érotico-mystiques, où l'élément érotique paraît prépondérant. S'il est vrai que la méthode de Freud peut s'appliquer à de semblables cas chroniques, à dissociation variable, une psychanalyse appropriée pourrait peut-être apporter des arguments en faveur de cette explication, et, chez certains malades, mettre en évidence quelques complexes de la génération et de la naissance.

Dans ce sens, il n'est pas sans intérêt de rappeler, parmi beaucoup d'autres, des hallucinations lilliputiennes littéraires où l'on voit, comme chez notre malade, l'érotisme côtoyer, de près, le mysticisme. Dans *Thaïs*, Anatole France écrit qu'en attendant la courtisane (page 109), l'amoureux Nicias « sur l'austère papyrus voyait danser mille et mille petites Thaïs. Elles avaient chacune la hauteur d'un doigt, et pourtant leur grâce était infinie, et toutes étaient l'unique Thaïs. Il y en avait qui traînaient des manteaux de pourpre et d'or ; d'autres, semblables à une nuée blanche, flottaient dans l'air sous des voiles diaphanes. D'autres encore, immobiles et divinement nues, pour mieux inspirer la volupté, n'exprimaient aucune pensée... »

DISCUSSION

M. LEROY. — La communication de MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn pose des questions intéressantes. L'état affectif, ayant accompagné les visions lilliputiennes, mérite d'être précisé, car, d'une manière générale, l'hallucination est fonction d'une productivité affective, dont elle a toujours le même caractère. La malade décrit ses images minuscules sous la forme de petits diables rouges et noirs, plutôt malfaisants, parce qu'elle était sous le coup d'un état affectif désagréable démontré par ses frayeurs et objectivé encore par des voix menaçantes. Si les Lilliputiens se

montraient tantôt désagréables, tantôt amusants, les deux sortes de visions devaient être successives et parallèles à des modifications du ton émotionnel. Ce changement, souvent rapide chez le même sujet, s'explique facilement si l'on considère que dans l'onirisme — comme dans le rêve — de nouvelles mises en scène peuvent se réaliser. Cette variation dépend de certaines oscillations de la vie organique, d'un déséquilibre humoral complexe et diffus, qui change de forme et vient retentir sur l'excitabilité du système neuro-végétatif.

Nos collègues insistent sur le fait que cette jeune fille, complètement abstinente, a présenté, sous l'influence d'un grave traumatisme crânien, des troubles mentaux comparables à ceux des alcooliques. M. le professeur Pierre Duval m'a communiqué l'observation d'une danseuse de music-hall amenée à Lariboisière, sentant l'alcool, sans connaissance, à la suite d'une violente chute dans un escalier. Elle présentait un délire onirique se manifestant par la vision tantôt d'assassins, tantôt d'amusants petits tziganes de 0,25, vêtus de rouge, jouant des airs de danse entraînants. Ces hallucinations à caractères affectifs si différents étaient successives. La malade de M. Duval ne devait pas être sobre. En tout cas, on n'a pas attaché au traumatisme une importance étiologique, dont l'exemple actuel nous montre la valeur.

L'amnésie avec fabulation du sujet peut avoir favorisé l'éclosion des hallucinations lilliputiennes. Il serait utile de savoir si les visions minuscules ne correspondent pas à quelques souvenirs d'images infantiles, d'autant plus que l'amnésie de fixation s'accompagne d'hypermnésie des faits survenus dans l'enfance. Selon le mot de Baillarger, l'hallucination a pour point de départ l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Le travail de M. Pierre Lelong concerne un curieux cas clinique excessivement rare et soulève de nombreux problèmes physiologiques et pathologiques. Il

doit être, en effet, bien exceptionnel de voir une malade présenter des hallucinations visuelles, exclusivement au moment des règles. Bien plus, ces hallucinations offrent, ici, la singularité d'être en partie lilliputiennes. Dans un essai d'explication scientifique, dont nous devons lui savoir gré, M. Lelong s'appuie sur la physiologie et l'anatomie de l'ovaire pour conclure à l'existence de poisons endocriniens, venant influencer un cerveau déjà sensibilisé par un alcoolisme héréditaire et acquis. Il est probable que nous sommes en présence d'une susceptibilité particulière du sujet.

Comme dans l'observation de MM. Laignel-Lavastine et Kahn, la malade n'offre pas uniquement les hallucinations lilliputiennes typiques si nettes avec leurs caractères de mobilité, de coloration et d'agrément. Ce sont des cas complexes avec variations plus ou moins rapides des états affectifs, amenant des troubles psycho-sensoriels de modalité émotionnelle différente.

Les hallucinations lilliputiennes, étant généralement euphoriques, fournissent un terrain de choix pour l'étude encore obscure des rapports existant entre les états affectifs et les troubles psycho-sensoriels. L'examen expérimental du sympathique, pratiqué au moment où se produit le syndrome, serait d'un grand intérêt. La chose est difficile à réaliser ; elle n'est peut-être pas impossible chez Suzanne H., cette femme présentant des hallucinations lilliputiennes *à répétition*.

Le thème de la vision minuscule, toujours le même, semble bien, ici, en rapport avec le souvenir objectif de scènes antérieures, puisque la malade raconte avoir vu autrefois des arlequins. De tels faits ont été plusieurs fois remarqués.

M. Pierre KAHN. — Notre malade, habituellement euphorique, éprouvait par moments des sentiments pénibles. Elle voyait alors des scènes désagréables. Chez elle, l'éthylisme peut être écarté. Son cas semble tout à fait particulier au point de vue de la pathogénie des hallucinations lilliputiennes.

Insuffisance hépatique et confusion mentale (1)

par R. TARGOWLA

La confusion mentale-syndrome, différente de la conception trop extensive de Régis et de celle, à base psychologique, de MM. Toulouse et Mignard, est la psychose banale par excellence. Elle constitue la réaction psychique commune aux facteurs étiologiques les plus disparates et peut même être « idiopathique primitive ». C'est la psychose des sujets normaux souffrant d'une atteinte organique quelconque. Mais les affections somatiques ne provoquent pas toujours des troubles confusionnels ; aussi Régis considère-t-il que ces derniers exigent pour se produire le « minimum de prédisposition ».

Une étiologie aussi vague n'explique rien. Quant à l'hypothèse pathogénique, basée sur l'histologie, qui rapporte habituellement les manifestations psychopathiques à l'intoxication de la cellule cérébrale, elle est assez générale pour être difficilement contestable mais ne peut que masquer la pauvreté des données précises sur ce point.

Cependant une étape importante du problème a été franchie lorsque M. Klippel eut montré le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse du délire des alcooliques ; il a établi, en effet : 1° que ce délire survient seulement lorsque l'intoxication chronique, ayant sensibilisé le cerveau, a lésé le foie ; il peut alors apparaître même si l'alcool n'est plus immédiatement en cause ; 2° que le « délire hépatique » n'est pas propre aux seules lésions du foie d'origine alcoolique ; enfin il admet : 3° que les épisodes confusionnels se manifestant au cours de la paralysie générale sont souvent en rapport avec une auto-intoxication d'origine hépatique. Son opinion générale peut être résumée dans la phrase suivante : « Combien de délires avec confusion mentale sont d'origine hépatique, ou permettent de faire intervenir l'élément hépatique parmi les

(1) Travail de la Clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne.

facteurs d'une étiologie si souvent complexe » (1)

De nombreux auteurs ont, par la suite, noté des signes de déficience du foie au cours des états confusionnels. Depuis 1920 nous nous sommes attaché spécialement à l'étude de ces faits et nous avons pu constater la grande fréquence des troubles hépatiques au cours de toutes les psychoses aiguës. Mais ces troubles ne sont pas identiques dans toutes les modalités psychopathiques; dans un travail (*Presse Médicale*, 28 mars 1925) fait en collaboration avec E. Aubel et Mlle Badonnel sur l'état actuel de nos recherches dans les états mélancoliques, nous avons analysé les éléments de cette insuffisance hépatique et montré qu'il s'agit moins, dans ces états, d'une perturbation portant électivement sur le foie, que de la participation hépatique à de grands troubles fonctionnels intéressant tout l'organisme (fonction anti-toxique, métabolisme azoté, métabolisme hydro-carboné, etc.). Il en va autrement dans la confusion où le foie est lésé primitivement et d'une façon globale. Son atteinte paraît se caractériser notamment par un trouble de la fonction biliaire plus accentué que dans les psychopathies non confusionnelles où souvent même il fait défaut; en dehors des signes cliniques, on trouve avec de l'urobiline, des acides biliaires et des pigments non modifiés dans l'urine, la cholémie pigmentaire est nettement exagérée, la résistance globulaire plus ou moins augmentée. La rétrocession de l'état confusionnel est toujours précédée et accompagnée de la régression de ces signes qui, fréquemment, se dissocient avant de disparaître: l'urobilinurie persiste en général assez longtemps et il n'est pas exceptionnel de trouver une réaction de Hay isolée dans l'urine; les pigments biliaires n'existent plus en excès dans le sang, mais la résistance globulaire reste accrue ainsi que nous l'avons observé chez un syphilitique confus. D'autre part, ce trouble biliaire ne donne pas lieu aux grandes manifestations cliniques de la jaunisse et ne se comporte pas comme un ictère par rétention. La

(1) Exposé des titres et travaux scientifiques du D^r Maurice KLIPPEL. Paris, 1922, p. 113.

cholestérinémie est habituellement faible ; quelquefois au-dessous de la normale, elle reste en général dans les limites approximatives de celle-ci, mais au voisinage des chiffres inférieurs. Ce n'est pas là, d'ailleurs, un fait constant et on peut trouver de l'hypercholestérinémie : dans un cas de confusion orinique chez une sénile hypertendue présentant de la sclérose vasculaire et rénale avec hyperazotémie passagère, la cholestérine sanguine était de trois grammes. Les variations de la cholestérinémie ne sont donc qu'un élément contingent des troubles confusionnels lié à l'affection causale ou à l'état organique concomitant ; toutefois, elle est le plus souvent basse et s'élève passagèrement au moment de la convalescence comme dans les intoxications et les infections.

Traduisant encore l'insuffisance hépatique, on trouve chez les confus des troubles du métabolisme hydrocarboné évoluant parallèlement à l'état clinique : la glycémie est habituellement normale, mais on note quelquefois une glycosurie spontanée transitoire, d'ailleurs discutable, et l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive ; les variations provoquées de la glycémie sont caractéristiques : forte hyperglycémie alimentaire (insuffisance glycopexique du foie ou peut-être insuffisance insulinique), hyperglycémies adrénalinique et morphinique légères ou nulles (insuffisance de la glycogénie). De même l'épreuve de Roch au bleu de méthylène, celle de Roch et Schiff au salicylate de soude sont positives, la fonction de désamination est troublée (troubles de l'uréogénie, élévation du rapport de Derrien), les urines renferment de l'acétone et de l'acide diacétique.

A ces perturbations hépatiques s'associent presque toujours, d'ailleurs, des troubles urinaires (oligurie, modification de l'épreuve de l'eau avec ou sans insuffisance de la concentration uréique et de l'élimination de la phénolsulfonephthaléine), parfois de l'insuffisance du myocarde (faible pression différentielle avec élévation de la tension diastolique), etc...

De ces divers troubles organiques, un seul est constant, l'insuffisance du foie. Elle n'a jamais fait

défaut dans aucun des cas venus à notre observation où nous l'avons recherchée, quelle qu'ait été l'étiologie. Nous avons vérifié à diverses reprises les constatations de M. Klippel dans l'alcoolisme ; de même, nous avons retrouvé des manifestations d'insuffisance hépatique dans les états confusionnels liés à l'épuisement, à l'allaitement, à la puerpéralité, aux maladies infectieuses et dans les syndromes dits psychogènes apparemment déclenchés par un choc affectif de même que dans la confusion « idiopathique » ; chez deux jeunes filles, en particulier, les signes d'insuffisance du foie accompagnèrent un état confusionnel qui semblait provoqué par un trouble émotionnel.

D'autre part, nous avons insisté à propos des formes confusionnelles et oniriques de la syphilis nerveuse sur l'insuffisance hépatique concomitante et ses variations parallèles à celles de l'état mental (*Annales de médecine*, septembre-octobre 1923) ; qu'elle soit due à la toxémie tréponémique de la phase secondaire, à l'alcoolisme surajouté ou à toute autre cause, voire au retentissement organique général de l'atteinte nerveuse avec prédominance sur le foie en raison d'une « débilité hépatique » préexistante, elle s'associe toujours chez les syphilitiques confus à la localisation sur le névraxe.

De même, nous avons pu mettre en évidence les rapports de l'insuffisance du foie avec les troubles mentaux chez une mitrale qui présentait simultanément des poussées d'hyposystolie hépatique et des accès de confusion délirante (*Paris médical*, 22 octobre 1922). Les formes dépressives de « folie cardiaque », que l'on rattache classiquement aux lésions mitrales et dans lesquelles domine, en fait, l'élément confusion, nous paraissent conditionnées par le retentissement sur le foie du trouble cardiaque (asystolie, hyposystolie, surcharge isolée du ventricule droit ou, dans certain cas, du ventricule gauche). Toutefois ce mécanisme pathogénique n'est pas univoque ; certains paroxysmes d'excitation psychique avec délire onirique et agitation motrice violente, constituent selon nous des manifestations cérébrales d'insuffisance ven-

triculaire gauche de même signification que l'œdème pulmonaire aigu ou l'angine de decubitus (*Société médicale des Hôpitaux*, 20 avril 1923). Les deux ordres de troubles peuvent d'ailleurs s'associer entre eux et à des phénomènes d'hypertension paroxystique.

D'autre part, la « folie brightique », qui se caractérise habituellement par des troubles de nature confusionnelle, n'a pas suivi au point de vue pathogénique les progrès réalisés par ailleurs dans la connaissance des syndromes cliniques des néphrites. Nous nous proposons de revenir sur ce sujet, mais nous indiquons, dès maintenant, que dans la plupart des cas les troubles mentaux aigus ou subaigus sont liés, moins à une hypothétique « auto-intoxication d'origine rénale », qu'aux accidents cardio-vasculaires ou à l'insuffisance hépatique concomitante (il en était ainsi notamment dans le cas cité plus haut de confusion onirique chez une sénile artério-scléreuse). Le trouble hépatique doit être systématiquement recherché ; il ne fait jamais défaut lorsqu'existe un état confusionnel vrai, isolé ou associé à d'autres accidents psychopathiques.

L'insuffisance hépatique se retrouve encore dans la confusion épisodique (Chaslin) compliquant une autre affection mentale. Dans certains cas de mélancolie avec confusion, l'appoint confusionnel se manifeste par la présence inhabituelle de pigments biliaires dans le sérum et les urines, l'exagération plus ou moins marquée de la résistance globulaire venant compléter ou modifier le syndrome hépatique qui accompagne les états dépressifs. Dans la manie avec confusion surajoutée (dont nombre d'« états mixtes » ne sont que l'expression), les signes d'insuffisance du foie sont tous présents, alors qu'en règle générale ils manquent chez les maniaques (manie simple, quel qu'en soit le degré, ou manie délirante) : nous avons eu l'occasion d'observer trois accès successifs chez un même malade ; les deux premiers, de même que des accès antérieurs, furent des accès francs ; le troisième prit le type de la manie confusionnelle et, seul, s'accompa-

gna d'insuffisance hépatique (cholémie pigmentaire, hyper-résistance globulaire, urobilinurie, cholurie, cholalurie, par intermittences, réactions urinaires d'acidose).

En ce qui concerne les épisodes confusionnels de la maladie de Bayle il en va de même, comme l'avait vu dès longtemps M. Klippel. Toutefois, nous ne saurions souscrire entièrement à l'opinion de notre maître, pour qui le début confusionnel de certaines paralysies générales serait dû à une poussée de méningo-encéphalite. Il ne s'agit pas alors, à notre sens du moins, de confusion mentale symptomatique, mais d'une sidération fonctionnelle des cellules cérébrales due à l'intensité du processus inflammatoire. Elle se traduit cliniquement, tantôt par un état de mutisme avec immobilité et négativisme musculaire, tantôt par un état d'agitation motrice automatique avec amaigrissement plus ou moins rapide et progressif, tantôt, enfin, par un défaut total de critique dans les propos qui sont particulièrement absurdes et dénoncent l'absence de tout effort d'adaptation. On ne trouve dans ces manifestation aucun des éléments cliniques de la confusion, mais elles ont toutes les caractères de la démence paralytique constituant une véritable démence paralytique aiguë.

Par contre, l'insuffisance hépatique nous a paru faire défaut dans la confusion secondaire (au sens de Chaslin), confusion liée, par exemple, à l'idéorrhée chez les maniaques, à l'intensité et à la multiplicité des hallucinations chez certains hallucinés, à la vivacité des troubles émotionnels dans la mélancolie, etc... A cette confusion psychologiquement secondaire pourrait être réservé le terme de « confusion dans les idées » ; elle est à notre sens radicalement différente de la confusion mentale vraie, primitive, caractérisée objectivement : 1° par l'effort inefficace que fait le malade, étonné, ahuri selon le mot de M. Séglas, pour sortir de son embourbement psychique, 2° par la fatigue rapide qui s'en suit (exception faite pour la stupeur, expression la plus intense de l'entrave appor-

tée aux processus mentaux). Nous avons observé notamment cette sorte de confusion dans les idées liée à un délire onirique dans un cas d'insuffisance ventriculaire gauche paroxystique (*loc. cit.*), et dans un cas d'insuffisance surrénale aiguë (*Paris médical*, février 1925) ; l'insuffisance hépatique ne pouvait être mise en cause.



En résumé, des recherches systématiques que nous avons poursuivies jointes aux constatations faites par les auteurs il résulte que la confusion mentale primitive simple ou délirante (qu'elle soit idiopathique, symptomatique ou associée) comporte un facteur organique constant, l'insuffisance fonctionnelle du foie. L'atteinte hépatique peut être préexistante, intercurrente ou due à la maladie causale ; quelle que soit son origine, sa constance s'oppose à la multiplicité et à la variabilité des autres facteurs et ne saurait être considérée comme fortuite. Il convient donc d'établir une hiérarchie dans l'enchevêtrement des causes apparentes du trouble mental et de distinguer : 1° des facteurs étiologiques variables, 2° des facteurs pathogéniques constants, jouant un rôle dans son déterminisme immédiat. L'insuffisance hépatique apparaît ainsi comme une condition des états confusionnels en l'absence de laquelle ceux-ci ne peuvent se développer.

Le syndrome d'insuffisance du foie chez les confus est presque toujours fruste, parfois cliniquement latent et ne se révèle que par les épreuves de laboratoire ; au contraire, les grands syndromes hépatiques ne donnent lieu qu'assez rarement à des troubles confusionnels. La raison principale nous paraît devoir en être cherchée dans l'adjonction nécessaire au facteur hépatique d'un facteur cérébral ; ce second élément pathogénique, qui doit être considéré comme banal dans l'état actuel de nos connaissances, résulte d'une altération anafomique ou fonctionnelle (lésions du cerveau et de ses enveloppes congénitales ou acqui-

ses, fines ou grossières, localisées ou diffuses ; atteinte toxique ou toxi-infectieuse des cellules corticales ; troubles circulatoires ; hypertension intracranienne ; etc.). Ces modifications locales, qui peuvent être dues à la même cause que l'insuffisance hépatique ou n'avoir avec elle aucun lien, résument, en quelque sorte, la prédisposition. Dans certains cas, toutefois, la détermination morbide sur le névraxe n'est pas saisissable et il est possible qu'il faille incriminer une perturbation physiologique. Nous rappellerons, à ce propos, les intéressantes recherches de D. Santenaise tendant à montrer, d'une part, que l'hypervagotonie favorise la fixation des poisons sur la cellule cérébrale, d'autre part, qu'il existe une hyperexcitabilité parasympathique préalable chez les confus ; on est ainsi conduit à admettre avec cet auteur le rôle déterminant chez certains sujets du déséquilibre neuro-végétatif dans l'éclosion des accidents confusionnels.

En définitive, la confusion mentale est un syndrome susceptible de se développer sous l'influence de causes multiples et banales, plus ou moins complexes, dont le mode d'action se résume dans un mécanisme pathogénique constant et nécessaire. Ce mécanisme comporte un double élément : 1° un facteur quelconque de moindre résistance au niveau de l'encéphale ; 2° un élément auto-toxique lié à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

M. Klippel insistait surtout sur l'origine hépatique des délires accompagnés de confusion. Si une pathogénie hépatique semble, en effet, pouvoir être reconnue à certains délires oniriques, une subdivision de ce groupement nosographique nous paraît nécessaire tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique. Le déterminisme hépatique s'applique essentiellement à l'état confusionnel fondamental ; cliniquement d'ailleurs l'onirisme n'est pas indissolublement lié à la confusion et certains délires de rêve peuvent s'observer en dehors de toute insuffisance décelable du foie.

Enfin, nous ferons remarquer que ces constatations, si elles se vérifient, permettront d'envisager l'hypothèse d'un agent pathogène spécifique à la base de la confusion mentale. On est amené à penser, en effet, que la psychose peut être provoquée, non par le trouble fonctionnel d'ensemble, mais par un poison défini d'origine hépatique ou parvenant au cerveau à la faveur de la carence du foie. Au surplus, la notion de spécificité pathogénique n'est pas une hypothèse applicable seulement à la confusion ; en particulier, les recherches que nous poursuivons à la Clinique sur les manifestations organiques de la mélancolie aboutissent à la conception analogue d'un trouble initial unique, encore indéterminé (poison endogène ou phénomène de choc, par exemple) et elle apparaît concevable même pour certains délires à évolution chronique.

DISCUSSION

M. SOLLIER cite, à l'appui de la communication de M. Targowla, le cas d'une femme qui présenta des signes de confusion mentale, légère mais assez tenace, à la suite de trois grandes opérations abdominales subies par elle en l'espace de 18 mois, et au cours desquelles elle fut soumise chaque fois à l'action du chloroforme ou de l'éther pendant une heure ou une heure et demie. Les troubles confusionnels n'apparurent qu'après la seconde opération, et s'accompagnèrent de phénomènes très nets d'insuffisance hépatique.

Les deux ordres de troubles s'accrochèrent après la troisième opération, et mirent plusieurs mois à disparaître.

La séance est levée à 18 heures.

Un secrétaire des séances :

M. MIGNARD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

HYGIÈNE SOCIALE

Premier Congrès International des Ecoles en plein air. —
(Maloine et fils, éditeurs, Paris, 1925).

Nous devons à l'initiative de M. Lemonier et du Dr Chaplain un compte rendu détaillé et depuis longtemps attendu du Congrès tenu à Paris en juin 1922. De nombreux rapporteurs y ont exposé avec compétence les diverses questions relatives aux Ecoles en plein air. Réalisées depuis longtemps en Allemagne, très répandues aux Etats-Unis, elles se développent heureusement en France grâce aux efforts combinés des hygiénistes, des pédiatres et des pédagogues. Elles comprennent :

1° la classe aérée, établissement aux fenêtres constamment ouvertes.

2° l'école en plein air externat.

3° l'école en plein air internat.

4° le préventorium destiné aux enfants atteints de formes initiales, latentes et curables de tuberculose non pulmonaire.

Parmi les divers types, signalons l'Ecole au Soleil de Gally à Versailles, créée en 1920. Comme celle de Cergnat près Leysin, elle soumet avant tout les enfants à la cure d'héliothérapie ; ils vivent au soleil, vêtus seulement d'une culotte-caleçon, les pieds nus toute la journée et par tous les temps. Cette méthode hardie étroitement surveillée, pratiquée après un entraînement progressif, donne d'excellents résultats.

Les Ecoles en plein air recueillent surtout les porteurs de micro-polyadénites, d'adénopathie trachéo-bronchique inactive ou en régression, les enfants guéris d'affections pleuro-pulmonaires, ceux qui vivent au contact de tuberculeux contagieux, les anémiques, les convalescents, les rachitiques. Il faut en exclure les cardiaques, les nerveux, les incontinents urinaires.

Les bienfaits de l'Ecole en plein air sont indiscutables tant au point de vue physique qu'au point de vue pédagogique. Quarante établissements fonctionnent déjà en France groupés par un Comité National. Une ligue française pour l'Education en Plein Air a édifié une première école à la périphérie de Paris destinée aux orphelins de guerre ; elle prépare d'autres groupements en divers points du pays.

P. CARRETTE.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Inoculation cutanée et défense de l'organisme, par le Dr Charles GERNEZ (Thèse de Lille, 1924).

Travail très documenté avec une bibliographie importante. Dans une première partie consacrée à l'étude des réactions locales considérées comme tests d'hypersensibilité ou d'immunité, l'auteur apporte une contribution personnelle à la question par des recherches sur certaines infections, en particulier la fièvre typhoïde et les infections à entérocoques. Dans une seconde partie, il cherche à élucider les nombreux problèmes soulevés par les phénomènes consécutifs à l'inoculation intradermique et si l'introduction d'un antigène dans la peau détermine dans l'organisme des phénomènes différents de ceux que l'on constate par une autre voie d'introduction.

L'auteur a ainsi réalisé une étude très complète de l'intradermo-réaction en tant que moyen de diagnostic, de pronostic et de prophylaxie et de l'intradermo-inoculation comme mode d'introduction d'un antigène dans l'organisme. Ses recherches aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Les réactions cutanées locales n'ont pas toutes la même spécificité ; les unes (réactions allergiques d'hypersensibilité) apparaissent à la suite d'une infection ou sont les témoins d'une hypersensibilité naturelle ; facteurs importants du diagnostic d'une infection antérieure ou en évolution, elles ne peuvent apprécier l'immunité de l'organisme ; elles ne sont pas spécifiques et sont susceptibles d'être inhibées sous l'influence de causes diverses ; le type est la réaction cutanée locale tuberculinique ; les autres sont des réactions toxiniennes d'immunité ; étroitement spécifiques, elles permettent d'établir un pronostic ; le type est la réaction de Schick à la toxine diphtérique.

2° Les réactions générales sont analogues à celles de l'introduction d'un antigène par d'autres voies d'inocula-

tion. Il n'existe entre les voies épidermique, intradermique ou hypodermique d'inoculation d'un antigène que des différences de degré dans les réactions, qu'il s'agisse de sensibilisation anaphylactique ou de défense humorale.

P. CARRETTE.

METAPSYCHIE

L'état actuel des recherches psychiques, d'après les travaux du Congrès International tenu à Varsovie en 1923. (Edition des Presses Universitaires de France, Paris, 1924).

Les rapporteurs affirment avoir constaté des faits non explicables par les données scientifiques universellement admises et qui permettraient de conclure à la survivance, c'est-à-dire aux manifestations de l'esprit indépendantes de la vie terrestre. Les preuves seraient tirées d'actes effectués par des disparus, d'incorporations par des médiums, de phénomènes lumineux particuliers, de l'écriture automatique, de cas de connaissance spontanée intuitive des langues étrangères, etc... Les expériences relatées sont malheureusement privées de moyens de contrôle rigoureux.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Les troubles psycho-sensoriels d'ordre visuel dans les psychoses hallucinatoires chroniques, par le Dr SONN (Thèse de Paris, 1924, Société Générale d'Imprimerie et d'Édition).

L'auteur a écarté de son étude les psychoses où les phénomènes visuels relèvent de causes toxi-infectieuses. Il a constaté que dans les Délires Hallucinatoires Chroniques, l'Automatisme Visuel se manifeste moins rarement que ne l'affirment les classiques.

Il s'agit d'hallucinations visuelles, apparaissant tardivement sous forme d'images sans relief, épisodiques, floues, désagréables en général. Le sujet a l'impression qu'elles sont provoquées, artificielles ; elles diffèrent donc nettement de l'onirisme toxi-infectieux. Ces phénomènes s'observent surtout dans les délires à conceptions imaginatives riches et compliquées ; ils ont une influence manifeste sur le délire au même titre que les hallucinations auditives ou cénesthésiques.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Formulaire Astier 1925 (3^e édition). — Un volume in-18 raisin, 1.200 pages, reliure souple.

Réunissant en un seul les deux volumes de la précédente édition, le « Formulaire Astier » 1925 rassemble les données indispensables au praticien, et ce dernier y trouvera sans perte de temps tous les renseignements dont il a besoin. Beaucoup de chapitres ont été remaniés et complétés et de nouveaux éléments sont venus s'ajouter.

Dans la *pharmacologie*, beaucoup de suppressions concernant de vieux produits tombés en désuétude ; quelques articles développés sont consacrés aux médicaments à la mode : préparations bismuthiques, ouabaïne, quinidine, etc. ; l'indication, pour chaque substance, de sa place éventuelle dans les fameux tableaux A, B et C, un petit chapitre, qui manque à peu près partout, sur « l'heure à laquelle il convient de prendre les divers remèdes ».

Les *médications physiques* comprennent toutes les notions nécessaires au médecin.

Le chapitre des *médications biologiques* a été également revu avec soin.

L'article Dermatologie a été entièrement refondu ; nouveaux, aussi, les articles de spécialités relatifs à la stomatologie et à l'urologie d'urgence.

Dans les *médications d'urgence*, on trouvera la méthode de Sylvestre pour lutter contre l'asphyxie, et, exposée avec tous les détails nécessaires, la méthode de MM. Legendre et Nicloux pour combattre l'intoxication oxycarbonée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 Mars 1925

Présidence : M. le D^r LAIGNEL-LAVASTINE

Un dipsomane fugueur. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Robert LARGEAU présentent un fugueur, dyspsomaniac. Les fugues et les impulsions à boire surviennent au cours d'états de légère excitation, en rapport avec une psychose périodique. Au début, les fugues étaient isolées, non précédées d'anxiété : le malade ressentait un besoin impérieux de déambuler ; puis peu à peu le caractère des fugues s'est un peu modifié. Au cours de l'excitation, de l'euphorie qui accompagne la fugue, le malade s'est mis à boire. La dyspsomanie ne survient à l'heure actuelle qu'au moment de ses fugues, et coïncide nettement avec l'état de légère excitation périodique. Il ne s'agit donc point ici d'un obsédé. L'examen du système vago-sympathique, chez ce malade, a montré une hyperexcitabilité très nette de l'orthosympathique avec inexcitabilité absolue du vague. D'autre part, le traitement par le salicylate de génisérine a notablement amélioré l'état psychique du malade, en accentuant l'excitabilité vagale.

Un nouveau cas de rétraction permanente des doigts par attitude catatonique, par MM. TRÉNEL et VUILLAME. — Rétraction définitive en flexion des doigts de la main gauche consécutive à une attitude forcée catatonique remontant à plusieurs années chez une démente paranoïde âgée actuellement de 43 ans. Possibilité de l'intervention d'une action du sympathique sur le sarcoplasma lequel représente l'élément tonique des muscles, opinion de Botazzi défendue par Pierron. D'autre part, il y a lieu d'incriminer les lésions des centres, en particulier celles du cervelet décrites par Dufour, Klippel, Lhermitte et Claude, en raison de l'action du cervelet sur le tonus d'attitude. Mais aussi il faut observer que dans plusieurs cas de catatonie (Lhermitte, Barbé), il a été trouvé une syringomyélie, parfois non diagnostiquée cliniquement. T. et V. avec Cuel ont observé un cas de ce genre.

Paralysie générale et démence précoce, par M. Xavier ABÉLY. — Il s'agit d'un malade qui a présenté il y a sept

ans un syndrome de paralysie générale, confirmé par les réactions humorales et qui présente actuellement un syndrome hétéphrénique typique. Les troubles de la parole surtout maniérés, sont particulièrement curieux. Les troubles affectifs l'emportent de beaucoup sur les troubles de l'intelligence relativement peu importants. La mémoire est particulièrement bien conservée.

Démence précoce syphilitique, par M. L. MARCHAND. — Une malade, à l'âge de 34 ans, présente le syndrome de la démence précoce hétéphrénique. On constate l'absence des réflexes rotuliens et achilléens, de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll-Robertson ; la réaction de Wassermann est positive. Cet état persiste sans changement les années suivantes. La réaction de Wassermann pratiquée à cinq reprises reste positive. Actuellement, dix ans après le début de l'affection, même état démentiel sans troubles de la parole ; les signes physiques n'ont subi aucune modification. Cependant les réactions de Wassermann et de floculation sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, ainsi que les réactions de Guillain et de Targowla ; albumine du liquide c.-r. 0,25 ; lymphocytes : six éléments par mill. c.

Accès dromo-dipsomaniaque chez un cyclothymique, par MM. MARCHAND, DUPOUY et MONTASSUT. — Un psychasthénique constitutionnel, âgé de 36 ans, est atteint depuis l'âge de 29 ans d'accès dromo-dipsomaniaques ainsi caractérisés : début par un état d'excitation intellectuelle, puis impulsion à déambuler ; la conscience est conservée, mais le malade assiste à ses actes en spectateur. Il se livre en même temps à des excès alcooliques, n'interrompt sa marche que pour boire. Sous l'influence de l'alcool, sa mémoire s'obscurcit ainsi que sa conscience et quand il revient à lui il a beaucoup de peine à reconstituer ce qu'il a fait pendant ses fugues. Après la crise qui a une durée de 5 à 24 heures, sentiment d'épuisement et de tristesse, puis retour à l'état normal.

Activité coordonnée au cours de fugues épileptiques au cours de l'automatisme ambulateur comitial, par MM. TOULOUSE, MARCHAND et MONTASSUT. — La cohérence, la coordination, la logique apparente des actes au cours des fugues ne doivent pas toujours faire rejeter le diagnostic d'automatisme ambulateur épileptique. Les auteurs présentent une malade qui est atteinte de manifestations psychiques ainsi caractérisées : début brusque de la fugue par un état vertigineux, absence de mobile, léger état confusionnel, terminaison brusque de la fugue, fatigue psychique consécutive. La particularité intéressante est la conservation de

quelques souvenirs, la tenue suffisamment correcte de la malade pendant la fugue lui permettant d'éviter les accidents et même son arrestation dans une ville aussi mouvementée que Paris.

VARIÉTÉS

CONCOURS DES ASILES DE LA SEINE

Nous reproduisons ci-dessous les « impressions d'audience » de plusieurs de nos collègues qui ont assisté aux séances du dernier concours de médecin en chef des asiles de la Seine. Elles confirment ce qui a paru en 1922 (Annales M.-P., t. I, p. 97), sous la signature du rédacteur en chef de cette Revue.

Trois des candidats s'étaient déjà présentés au précédent concours en 1922. Il est intéressant de noter comment furent appréciés leurs titres scientifiques. Ils n'ont pas depuis 3 ans nettement modifié l'orientation de leurs recherches, ils ont continué à travailler, chacun dans sa voie, parallèlement ; or, à l'un, on donne en 1925 une note identique à celle qu'il a obtenue en 1922, à un autre on donne un demi-point de moins, à un troisième quatre points de plus. On peut admettre, à la rigueur, que les juges du concours de 1925 n'aient pas eu exactement les mêmes opinions que leurs prédécesseurs sur la valeur des travaux considérés et que la cote se soit trouvée modifiée par comparaison avec les titres d'un nouveau candidat, mais on pouvait s'attendre à des divergences moins sensibles et moins déconcertantes.

Malgré les critiques formulées, il y a 3 ans, sur la valeur relative des diverses épreuves, l'épreuve orale portant sur 2 malades dont l'examen dure une heure, continue à ne coter que 20 points, alors que l'épreuve écrite portant sur un seul malade cote 30.

L'épreuve écrite a soulevé un incident. Le président du jury a déclaré que le texte du décret relatif à l'admission du public aux épreuves du concours permettait les deux interprétations suivantes : on pouvait comprendre, ou bien que l'examen du malade était public, mais que la rédaction du rapport ne l'était pas, ou bien que l'examen du

malade aussi bien que la rédaction ne se passaient pas en séance publique. C'est cette dernière interprétation que les juges ont adoptée. L'article 12 du décret du 13 mars 1920 dit : « En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques. » Ce texte est clair et il ne nous semble pas qu'il y ait matière à interprétations. Les locaux consacrés aux épreuves écrites sont fermés au public ; or l'examen du malade et la rédaction du rapport se passent dans deux salles différentes. Si la seconde est fermée au public, la première doit nécessairement lui être ouverte. D'ailleurs le local d'examen est également le local de lecture du rapport écrit. Un tel procédé justifie tous les commentaires. A cause de la décision des juges nous étions donc autorisés à assister à la lecture d'un rapport médico-légal portant sur un malade que nous n'avions pas vu examiner, ce qui nous privait de moyens d'appréciation.

Une autre irrégularité du même ordre a été commise dès la première séance ; après la délibération sur les titres administratifs, les notes obtenues ont été communiquées aux candidats dans une séance à laquelle le public n'a pas été admis.

Au sujet des malades présentés aux candidats il y aurait également bien des choses à dire. Jusqu'à présent on choisissait des malades à l'Admission, à l'Infirmerie spéciale ou à la Clinique. A l'occasion du dernier concours, on a inauguré un système nouveau qui consiste à faire venir des malades internés depuis plus ou moins longtemps dans les services de certains membres du jury. Il y a d'abord danger à procéder de cette manière ; un candidat peut avoir fréquenté ces services et connaître le sujet qu'on lui présente, parfois interné depuis six mois ou un an. De plus les malades anciens, maintes fois interrogés, ayant évolué peuvent prêter à discussion. Les juges ne les connaissent que par l'opinion formulée par l'un d'eux, celui qui traite le malade dans son service ; ils jettent un coup d'œil rapide sur l'observation qu'on se passe autour du tapis pendant que le candidat procède à l'examen ; on se murmure le diagnostic à l'oreille et le public ignorant qui assiste à la séance de loin, se demande en voyant circuler cette observation largement étalée si les juges la consultent ou s'ils la font lire au candidat.

On n'a pas rétabli l'épreuve de pathologie mentale qui avait été réglée par le décret du 12 décembre 1907 ; c'était cependant un excellent moyen d'appréciation ; le concours actuel est réduit à sa plus simple expression ; il serait

souhaitable de voir rétablir l'épreuve théorique ; c'est encore elle qui est la moins sujette aux variations d'opinion.

ASILES DE LA SEINE

Prix de journée

Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Chausse, au nom de la 3^e Commission, le Conseil général de la Seine a fixé comme suit le prix de journée dans les asiles d'aliénés :

Asile clinique, 17 fr. 60 ; — Asile de Vacluse, 15 fr. 90 ; — Asile de Villejuif, 15 fr. 40 ; — Asile de Ville-Evrard, 15 fr. 95 ; — Asile de Maison-Blanche, 13 fr. 20 ; — Asile de Moisselles, 11 fr. 70 ; — Colonie de Dun-sur-Auron, 5 fr. 65 ; — Colonie d'Ainay-le-Château, 6 fr. 10 ; — Asile agricole de Chezal-Benoît, 8 fr. 80.

Concours de l'Internat en médecine

Un concours pour l'attribution de 8 places d'internes en médecine des asiles de la Seine, a eu lieu du 30 mars au 7 avril. Le jury était composé de MM. les Docteurs : A. Marie, président, Camus, Henri Colin, Comte, Génil-Perrin, Mauclaire et Truelle.

17 candidats étaient inscrits. Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Valence (60 p.), Chagnon (57 p.), Hiély (53 p.), Eliascheff (51 p.), Ey (45 p.), Dhaussy (44 p.), Picard (43 p. 1/2), Garand (43 p.).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXIX^e SESSION

Paris, 28 mai au 1^{er} juin 1925

Président : M. le Docteur ANGLADE, Médecin en chef de l'Asile des aliénés de Château-Picón (Bordeaux).

Vice-Président : M. le Docteur René SEMELAGNE, Président de la Société de Psychiatrie de Paris.

Secrétaire Général : M. le Docteur J.-M. DUPAIN, Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine.

Programme des travaux et des excursions

JEUDI 28 MAI. — 9 heures 30. — Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. Justin GODART, Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

14 heures 30. — 1^{er} Rapport. — Psychiatrie : « La guérison tardive des maladies mentales ». Rapporteur : M. le Docteur Jean ROBERT, Médecin-Directeur de l'asile d'Auch, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

17 heures. — Réception offerte à l'Hôtel de Ville par M. le Président et le Conseil municipal de la Ville de Paris.

VENDREDI 29 MAI. — 9 heures 30. — 2^e Rapport. — Neurologie : « Les Encéphalopathies familiales infantiles ». Rapporteur : M. le Docteur O. CROUZON, Médecin des Hôpitaux de Paris, Secrétaire Général de la Société de Neurologie de Paris, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

14 heures 30. — Séance de communications avec projections, à l'Hospice de la Salpêtrière (Amphithéâtre de la Clinique Charcot).

SAMEDI 30 MAI. — 9 heures 30. — 3^e Rapport. — Médecine légale : La Médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique », par MM. le Docteur Marcel BRIAND, Médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, et le Docteur Maurice BRISSOT, Médecin-Directeur de l'asile de Rouffach (Haut-Rhin), au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

14 heures 30. — Assemblée Générale du Congrès, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

15 heures 30. — Séance de communications, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

17 heures. — Réception par la « Bienvenue Française ».

DIMANCHE 31 MAI. — Excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) (1).

8 heures 27. — Départ de Paris-Austerlitz.

10 heures 12. — Arrivée en gare des Aubrais.

10 heures 44. — Départ des Aubrais (ligne d'Orléans à Montargis).

10 heures 50. — Arrivée à la halte de Semois.

11 heures. — Visite de l'établissement psychothérapique du Loiret, sous la direction de M. le Docteur RAYNEAU, Médecin-Directeur.

13 heures. — Déjeuner offert par le Conseil Général du Loiret et l'Etablissement psychothérapique.

16 heures. — Départ de l'Asile.

17 heures 2. — Départ de la gare des Aubrais.

18 heures 58. — Retour à Paris-Orsay.

(1) Les heures des trains indiquées sur ce programme pourront être modifiées par l'horaire d'été. L'horaire exact sera affiché pendant la session au Secrétariat du Congrès.

LUNDI 1^{er} JUIN. — 9 heures 30. — Visite de l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis (Paris, XIV^e Arr^t). Réunion à l'Amphithéâtre de l'Admission. (Station Glacière de la ligne n^o 5 du chemin de fer métropolitain).

15 heures 30. — Séance de communications au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Clôture de la XXIX^e Session.

21 heures. — Soirée offerte par le Président et les membres du Congrès, au palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay (Tenue de soirée).

Règlement des séances

Chaque rapporteur fait un *résumé oral* de son RAPPORT. Ce résumé oral pour lequel il est accordé vingt minutes est suivi d'une *discussion*. Les membres adhérents qui désirent y prendre part sont priés de s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès. Il est accordé cinq minutes à chacun de ceux qui désirent prendre la parole, mais tout auteur inscrit pour la discussion avant l'ouverture de la session pourra disposer de dix minutes. Le texte destiné à figurer dans le volume des comptes rendus, texte pour lequel il est accordé *une page* d'impression, devra être remis au Secrétaire général avant la fin de la session.

Des séances sont réservées aux COMMUNICATIONS orales sur des sujets concernant la *psychiatrie*, la *neurologie*, la *médecine légale*, ou l'*assistance des aliénés*. Le nombre des communications est limité à trois pour chaque membre adhérent et leurs titres doivent être adressés au Secrétaire général avant le 15 juillet. Chaque auteur d'une communication pourra disposer de dix minutes. Cinq minutes sont accordées pour prendre part à la discussion d'une communication.

Les auteurs de communications accompagnées de *présentations* de malades, de pièces anatomiques, de coupes histologiques, d'appareils, etc., ou de *projections*, sont priés d'en avvertir à l'avance le Secrétaire général.

Les résumés destinés à la presse doivent être envoyés au Secrétaire général avant le 15 mai.

Chaque auteur disposera de *deux pages* d'impression pour le texte *in extenso* des communications destiné à figurer dans le volume des compes rendus. Seules les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session. Il est accordé *une page* d'impression à chaque membre adhérent ayant pris part à la discussion d'une communication.

L'emploi de la langue française est obligatoire.

Les auteurs sont instamment priés de remettre au Secrétaire général avant la fin de la session le texte in extenso des communications et des discussions.



Immédiatement avant la XXIX^e Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française auront lieu :

le 23 mai : l'Assemblée générale et le dîner annuels de l'Association des Internes et Anciens Internes des Asiles d'Aliénés de la Seine ;

le 24 mai : l'Assemblée générale ordinaire de l'Association Amicale des Médecins des Asiles publics d'Aliénés de France ;

le 25 mai : la séance solennelle annuelle de la Société Médico-Psychologique ; l'Assemblée Générale de l'Association Mutuelle des Médecins Aliénistes de France ;

les 25, 26 et 27 mai les cérémonies organisées à l'Académie de Médecine, à l'Hospice de la Salpêtrière et à la Sorbonne pour célébrer le Centenaire de la Naissance de Charcot ; la séance mensuelle de la Société de Neurologie de Paris ; la VI^e Réunion Neurologique internationale ;

les 25, 26 et 27 mai (à Lille) : le Congrès de Médecine légale de langue française.

Renseignements généraux

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 30 francs. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les asiles d'aliénés et établissement hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 15 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire, envoyer le montant des cotisations (en francs français, par chèque ou par mandat postal), avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés, à M. le Docteur J.-M. Dupain, Secrétaire général de la XXIX^e Session, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (5^e).

Les membres du Congrès qui désirent participer à l'excursion à l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, le 31 mai, sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire général avant le 29 mai 1925 en lui adressant pour tous frais, la somme de vingt-cinq francs.

Le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Chausse, au nom de la 3^e Commission, a décidé d'accorder une subvention de 15.000 fr. au Comité d'organisation du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tiendra à Paris au cours de l'année 1925.

*Le Président du XXIX^e Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française
à Monsieur le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de
l'Assistance et de la Prévoyance sociales.*

MONSIEUR LE MINISTRE,

J'ai l'honneur de vous exposer que le XXIX^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, cette année, à Paris (28 mai-2 juin), afin de participer aux « Journées Neuro-Psychiatriques » organisées à l'occasion du Centenaire de la naissance de Charcot.

Il y a lieu de prévoir la venue à Paris, pour cette circonstance, d'une élite de Neurologistes et de Psychiatres du monde entier, qui auront à cœur d'honorer ainsi la France, berceau de la Psychiatrie et de la Neurologie.

L'intérêt qu'il y a à donner à notre Congrès tout son relief ne vous a pas échappé puisque vous avez accepté, Monsieur le Ministre, d'en présider vous-même la séance solennelle d'ouverture. Je n'hésite pas, dès lors, à vous demander, en outre, de bien vouloir faire inviter les médecins des Asiles publics et privés à y venir nombreux. Leur présence contribuera au rayonnement de la Psychiatrie française. J'ai de plus la certitude qu'ils recueilleront, à ce Congrès, d'utiles leçons de choses, notamment par la visite du service ouvert de l'asile Ste-Anne à Paris et de l'asile de Fleury-les-Aubrais à Orléans où se dessine une évolution très importante selon moi de nos idées sur l'Assistance des malades de l'esprit.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mes sentiments respectueux et dévoués.

Signé : ANGLADE.

Bordeaux, 6 avril 1925.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUSSLANT (personnel intéressé). — 30.739

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHARCOT



Charcot ! Ce nom qui eut séduit Balzac sonne à l'oreille comme un appel annonciateur des temps nouveaux. Et, je ne sais pourquoi, au moment où j'évoque le souvenir du Maître dont nous célébrons le centenaire, un autre nom balzacien vient sous ma plume : celui de Vulpian, parisien lui aussi et camarade d'internat de Charcot.

Charcot, au profil antique, Médecin de la Salpêtrière en 1862, qui, dès cette époque, attirait à lui toute une élite pensante, de Bouchard à Magnan ; Vulpian à la belle tête d'Hippocrate, pensive et douce, dont la nomination à la chaire d'Anatomie pathologique, en 1867, provoquait devant le Sénat Impérial la fameuse protestation de Mgr Maret, évêque de Sura, où Vulpian était inculpé de matérialisme, protestation qui suscita l'admirable intervention de Ste-Beuve. Grande époque en vérité, que

celle où pour défendre la liberté de pensée, attaquée par Mgr Dupanloup et soutenue par Wurtz, le grand Doyen, on voyait se liguer les Ste-Beuve, les Renan, les Littré, les Quinet, les Michelet !

Mon enfance s'est tout entière écoulée au milieu de ces événements, et je me souviens qu'avant les années 70, le nom de Charcot rayonnait déjà d'un pur éclat en France et à l'étranger.

Charcot prenait un service de malades âgées, considérées comme des chroniques peu intéressantes et montrait tout ce que l'observation clinique peut donner à la science lorsqu'elle est dirigée par un esprit supérieur : il abordait tous les domaines, rénouvant une partie de l'anatomie pathologique jusqu'au jour où, en 1882, à cinquante-sept ans, il obtint la fondation de la chaire de clinique des maladies nerveuses.

La génération actuelle, qui voit seulement l'épanouissement d'une idée féconde enfin réalisée et déjà auréolée par le souvenir des illustres successeurs du premier Maître, a peine à se figurer la profonde empreinte que Charcot a laissée sur les hommes de mon âge et sur ceux qui m'ont immédiatement précédé.

Je laisse à d'autres le soin de retracer les étapes de cette étonnante carrière. Pour ma part, ayant eu le très grand honneur d'être admis à son foyer, je voudrais représenter l'homme tel que je l'ai connu, de 1887 à 1891.

C'est d'abord le service de la Salpêtrière, la division Pariset dirigée par la vénérable Mlle Bottard, surveillante en chef, décorée de la Légion d'honneur, qui avait alors près de soixante-dix ans, et qui nous racontait comment, ayant débuté à

seize ans dans le service, elle avait connu externe le grand chef d'aujourd'hui.

C'est ensuite l'arrivée du Maître dans sa voiture à deux chevaux venant, l'hiver du Boulevard St-Germain, l'été de Neuilly, pensif, ou bien lisant les diverses publications parues en France ou à l'étranger. C'est la station quotidienne à la petite porte du service, puis l'entrée dans le Cabinet où, aussitôt, commençait l'examen des malades, examen fouillé, approfondi, mêlé de discussions avec les assistants, chefs de clinique, internes, médecins étrangers, externes ou simples élèves. Ce sont les cours à l'amphithéâtre et les leçons du mardi, la polyclinique où, sur des centaines de consultants on avait choisi quelques cas particulièrement intéressants que Charcot montrait à son auditoire. C'est la foule des élèves sur l'estrade, anciens et nouveaux, personnalités déjà célèbres ou en voie de le devenir, tous assis à chaque leçon, attentifs à la parole du maître, à sa démonstration toujours précise, qui ne négligeait aucun symptôme tout minime fût-il, répétant les mêmes affirmations pour bien en pénétrer ses auditeurs, disséquant chaque cas, l'analysant, montrant combien en médecine l'observation directe est la science maîtresse, indiquant les formes frustes, les associations de maladies différentes qui peuvent induire en erreur et faire croire à des formes nouvelles, se rattachant toujours à l'anatomie et à la physiologie, « il faut penser anatomiquement », le tout accompagné de considérations sur les races, les mœurs, les habitudes, abordant tous les domaines, et en particulier le domaine de l'art, explorant le passé pour montrer que suivant la parole de l'Ecclésiaste il n'y a rien de nouveau sous le soleil, mais qu'il faut arriver à comprendre et à coordonner les

phénomènes pour leur donner leur véritable signification.

Tous ceux qui ont entendu ces leçons en ont gardé un souvenir ineffaçable. Parlant lentement, pesant ses mots, Charcot enfonçait, pour ainsi dire, la conviction chez l'auditeur. Non pas qu'il fût pédant ou qu'il voulût se donner un air magistral, bien loin de là ! On sentait que ce qu'il disait était l'expression, mûrement élaborée, d'une pensée réfléchie, ennemie des banalités.

Voici maintenant le home familial qui, à cette époque, se trouvait 217, boulevard St-Germain.

J'avais l'honneur d'y dîner toutes les semaines alors qu'avec Jean Charcot et Blin je recueillais les leçons du mardi. Et, bien souvent depuis, je pense à ce qu'on disait de Charcot, de sa tête de César, de son insupportable autoritarisme.

Charcot, de taille moyenne, très simple d'allures, en imposait par un masque superbe qu'illuminaient des yeux merveilleux, noirs, aux orbites enfoncées et bistrées, au regard profond qui impressionnaient tous ceux qui l'approchaient. La bouche dessinait une moue un peu dédaigneuse, « sa grimace », disaient les familiers, si bien indiquée dans le buste de Dalou.

Et je croirais volontiers que l'autoritarisme qu'on lui reprochait et qui a surtout servi ses élèves, provenait justement de l'impression ineffaçable qui se dégageait de lui, impression due à une pensée toujours concentrée et peut-être au souvenir des luttes qu'il avait fallu soutenir pour conquérir une place officielle justement méritée et que ses succès personnels lui avaient fait trop longtemps attendre.

Mais cette impression disparaissait vite dans ce milieu familial où il était vraiment à son aise,

entouré de sa femme et de ses enfants qu'il adorait et qu'il admirait, recevant quelques intimes parmi lesquels on peut citer Bourneville toujours actif, toujours en mal de publications nouvelles et un vieux camarade d'études, le D^r Lelorrain. Rien de plus amusant que les taquineries et les boutades échangées par ces deux hommes, cœurs excellents tous les deux, heureux l'un et l'autre de continuer l'intimité de leur jeunesse. On voyait aussi le Commandant Charcot, le meilleur des hommes, tout différent de son frère, tant au physique que par le tour d'esprit et la pensée. Puis, c'étaient les amis de Jean Charcot, Meige, Vigùs, Bouchacourt, d'autres encore qui apportaient l'appoint de leur jeunesse et de leur gaieté. Il y avait parfois des surprises cocasses, tel l'envoi par un admirateur d'une caisse renfermant deux aigles vivants qu'on s'empressait de diriger sur le Muséum.

Aussitôt le dîner terminé, Charcot rentrait dans son cabinet pour travailler. C'est que Charcot, en plus de son service, en plus de sa clientèle et de ses travaux personnels, s'occupait des travaux de ses élèves. C'est à lui, je crois, que pour la première fois, on a donné le nom de « patron » qui s'est depuis généralisé. Mais si Bouchard a pu dire autrefois, qu'à côté du patron il y avait l'équipage, il ne faut pas oublier que c'est chose rare pour un équipage d'avoir à sa tête un tel patron. Combien de travaux n'ai-je pas vus corrigés, raturés, augmentés de sa main, sans que jamais il lui soit même venu à l'idée de disputer à l'auteur une paternité à laquelle il avait cependant quelque droit.

Il y apportait les mêmes soins qu'à ses propres travaux, de même qu'il revoyait les leçons du mardi, sténographiées, collationnées et rédigées par nous,

jeunes rédacteurs, et qu'il relisait et modifiait suivant les nécessités. Nous les lui laissions, une fois notre tâche terminée, descendant vers minuit du cabinet de Jean Charcot où nous avions travaillé après le dîner, avec d'infinies précautions pour ne pas éveiller le Maître que nous voyions endormi dans la chambre que nous devions traverser pour nous retirer.

La St-Martin, fête patronale de Charcot, était une solennité dont tous les disciples se souviennent. Après un dîner qui réunissait un grand nombre d'élèves, anciens ou nouveaux, avait lieu une représentation théâtrale donnée dans le grand cabinet-bibliothèque de Charcot avec ses galeries latérales où se pressaient les spectateurs qui n'avaient pu trouver place ailleurs.

Sur la scène dressée au fond de la pièce, on jouait une Revue composée par les élèves qui donnaient libre cours à leur fantaisie, pour le plus grand plaisir du patron et des invités de marque au milieu desquels se profilait la haute figure sévère et mélancolique de Waldeck Rousseau, gendre par alliance de Charcot.

J'ai voulu dans les lignes précédentes, détruire une légende, en rappelant les traits, le caractère de l'homme, sa simplicité, sa bonté, l'affection qu'il portait aux siens et à ses élèves. L'attitude de César autoritaire qu'on lui a tant reprochée, était plutôt le résultat du respect des assistants et des élèves pour un maître incontesté, que celui d'une attitude préméditée. Il m'est arrivé bien des fois, à moi jeune débutant, de m'entretenir avec Charcot au cours de ses réceptions intimes, Boulevard St-Germain ou à Neuilly. S'il ne versait pas dans une familiarité qui répugnait à son caractère, jamais

je n'ai constaté, chez lui ces airs distants, cette affirmation de supériorité qui eût été si légitime et dont j'ai pu éprouver ailleurs les effets. C'est qu'ici la supériorité était de l'homme même et ne dépendait pas du prestige plus ou moins passager d'une situation supérieure, si relevée fût-elle, plus ou moins associée à des efforts et à des talents personnels. Il comprenait l'homme au sens de Shakespeare : *He was a man, take him for all in all*, l'homme avec ses qualités mais aussi avec ses défauts. N'était-ce pas lui qui répétait souvent : « L'homme normal, que veut-on dire par là ? S'il existait, ce serait un monstre. »

Il parlait de tout avec la plus entière franchise et il estimait à leur juste valeur les jugements qu'on pouvait porter sur lui et sur ses actes. Il souriait quand on lui parlait de son masque napoléonien et de sa popularité. « En me voyant passer aujourd'hui, disait-il un jour, quelqu'un s'est écrié : « Tiens, voilà M. Renan » !

Parfois, en politique, Charcot se passionnait. Ce fut le cas au moment du Boulangisme qui battait alors son plein et envers lequel il se montrait un adversaire résolu. D'anciens amis à lui qui s'étaient ralliés au parti alors en vogue provoquaient ses sarcasmes et ses critiques. Très libéral, il n'admettait pas que l'on se plîât à des disciplines inflexibles et je me souviens de l'avoir entendu protester contre la tendance qu'avait manifestée l'Association des Etudiants, alors toute nouvelle éclosée, de se soumettre à la tutelle exclusive de l'Université.

Très épris des choses de l'Art, écrivant et dessinant de façon remarquable, faisant ainsi des relations, illustrées par lui-même, de ses nombreux voyages, Charcot a été le premier à discerner le

bénéfice que la Médecine pouvait retirer de l'étude des arts plastiques, aidé de son élève l'éminent statuaire Paul Richer. En dehors de la Médecine, la vue d'une belle œuvre d'art l'enthousiasmait et je l'entends encore vanter les mérites d'un Jean Steen qu'il venait d'acquérir.

En 1893, au mois d'août, je recevais à La Rochelle, où j'étais alors médecin de l'asile de Lafond, un télégramme de mon ami Jean Charcot me prévenant de son arrivée à bord de son yacht, le *Pourquoi pas*. Quelques instants après, les journaux de Paris m'annonçaient la mort de Charcot. Je me rendis au port où je trouvai le *Pourquoi pas*, mais Jean Charcot qui, en débarquant, avait appris la fatale nouvelle, était immédiatement reparti pour Paris.

Je ne rappellerai pas l'émotion intense produite par la mort de Charcot survenue à l'âge de soixante-huit ans. C'est qu'avec lui disparaissait non seulement un Maître, au sens strict du mot, mais un chef d'Ecole, un précurseur, un homme.

Henri COLIN.

CHARCOT ET LA PSYCHIATRIE

La façon la plus respectueuse et la plus fructueuse de célébrer le centenaire d'un homme qui s'est rendu illustre dans une science, est de relire ses œuvres en recherchant les découvertes et les idées qui ont fait sa gloire.

Tel est le but qui inspira cet article, où l'on a limité au domaine de la psychiatrie la poursuite de cette recherche. Charcot était neurologue et non psychiatre. En matière de médecine mentale, il s'en rapportait à l'opinion des spécialistes ses contemporains, notamment de Magnan, qui fut son collaborateur. Mais il était très instruit en psychologie, et on sait qu'il considérait l'hystérie comme une maladie surtout psychique. Aussi a-t-il disséminé dans ses écrits beaucoup d'affirmations, de démonstrations, d'hypothèses du plus haut intérêt pour les psychologues et pour les aliénistes. L'auteur de ces lignes, en glanant tout ce que dit le maître concernant la sensibilité, le mouvement, la pensée, le langage, la coordination des actes, a pu reconstituer ailleurs (11) une véritable psychophysiologie de Charcot. Il s'agit ici du recueil beaucoup plus pratique, de conseils méthodiques, d'aperçus étiologiques, d'hypothèses pathogéniques et anatomopathologiques, d'enseignements cliniques et thérapeutiques, donnés à l'occasion de n'importe quelle branche de la médecine, mais dont le psychiatre contemporain peut encore faire son profit.

On recourra le plus possible aux citations textuelles. Cela conformément à la méthode qui devrait régner dans toute solennité jubilaire. La parole d'un homme consacré par la postérité est en effet toujours plus conforme à sa pensée que ne saurait l'être la paraphrase de son éphémère panégyriste. Le rôle de celui-

ci devrait se borner à marquer la distance parcourue par la science depuis l'œuvre célébrée. Dans le cas particulier, ce rôle, malgré sa modestie apparente, est beaucoup trop vaste pour le cadre de cet article. On se contentera donc, à la fin de chaque paragraphe, d'indiquer laconiquement l'état actuel des questions qu'il renferme.

I. METHODE. — Charcot insiste principalement sur l'importance et la difficulté d'une observation impartiale et sur l'infirmité de la condition humaine qui nous fait courir le risque, soit de ne pas voir ce qui existe si l'on n'a pas été préalablement averti, soit de nous imaginer voir des choses inexistantes si l'on nous les a antérieurement annoncées. « N'oubliez pas que le clinicien, dans son rôle d'observateur, s'il veut voir les choses véritablement telles qu'elles sont, doit faire table rase, éloigner toute idée préconçue de quelque origine qu'elle soit. On assure que Magendie disait qu'il fallait dans le laboratoire expérimenter comme une bête. Je dirai presque que l'observateur doit se conformer à ce précepte. » (1). « Le rôle du clinicien n'est-il pas de s'attacher aux choses telles qu'elles se présentent dans la nature et de les constater sans les altérer (2). » « Comment se fait-il qu'on puisse découvrir une affection qui existe probablement depuis Hippocrate et qu'un beau matin on s'aperçoive qu'il y a des gens qui ont des muscles atrophiés. (Cela à propos des amyotrophies découvertes par Duchenne de Boulogne). C'est chose bien singulière. Il y a une étude psychologique particulière à faire sur la façon dont on voit en médecine. Pourquoi voit-on si tard, si mal, si difficilement ? Pourquoi faut-il répéter vingt fois la même chose pour que la chose découverte soit comprise ? Pourquoi la première mention d'un fait qu'on croit nouveau jette-t-elle toujours un froid ? C'est qu'il faut se mettre dans la tête quelque chose qui dérange les idées anciennes. Nous sommes tous plus ou moins atteints de misonéisme » (3). — « Nous ne voyons guère en somme, que ce que nous sommes

préparés à voir, ce que nous avons appris à voir, nous faisons abstraction de tout ce qui ne fait pas partie de nos préjugés » (4). — « C'est l'esprit qui vit et qui voit, et il ne voit guère sans éducation préalable. La maladie date de loin et rien n'est changé à son égard. C'est nous qui avons changé à son égard. C'est nous qui avons changé en apprenant à reconnaître ce qui pour nous, autrefois, passait inaperçu (5) ». — « C'est la loi. Singulière faculté que celle que nous avons d'éliminer instinctivement de notre champ visuel et de notre mémoire, les cas qui paraissent, dans l'état actuel de nos esprits, n'offrir aucun intérêt ou qui encore semblent venir à l'encontre de nos préjugés classiques (5). »

Il signale ensuite les dangers de la tendance qui nous pousse à fournir une explication des phénomènes, avant même de les avoir complètement observés. « A aucune époque, l'observation pure n'est parvenue, sans de suprêmes efforts, à dominer l'esprit d'hypothèses. En ce qui concerne spécialement la médecine, jamais on n'a vu les intelligences, même les plus stoïques, se borner à constater les faits, sans chercher à les relier entre eux par une théorie quelconque. Dès l'origine, on voit les esprits occupés autant et plus des rapports subjectifs des choses que de leur réalité même. Les données empiriques de l'observation, à peine acquises, sont rapprochées, éprouvées les unes par les autres, pour en faire sortir des théories ou des systèmes. Il y a là, il faut bien le reconnaître, une nécessité de l'esprit humain (6). »

Ce n'est pas seulement la maladie, mais le malade qu'il faut observer, et pour ce faire, il importe non seulement de l'interroger et de regarder les parties malades de son corps, mais encore de le voir tout entier ; d'où l'importance de la connaissance de la nudité, pour apprécier à leur valeur les anomalies individuelles. « En réalité, nous autres médecins, nous devrions connaître le nu aussi bien, mieux même que les peintres le connaissent. Un défaut de dessin chez le peintre et le sculpteur, c'est grave sans doute au point

de vue de l'art, mais en somme, cela n'a pas, au point de vue pratique, de conséquences majeures. Mais que diriez-vous d'un médecin ou d'un chirurgien qui prendrait, ainsi que cela arrive encore trop souvent, une saillie, un relief normal pour une déformation pathologique ou inversement (7). »

De même l'examen du patient nu peut faire découvrir des tatouages révélateurs de la mentalité de celui qui les porte. « Remarquez-le bien, pour nous médecins, l'examen de ces inscriptions, de ces images symboliques n'est pas à dédaigner. On peut dire en effet qu'elles sont parfaitement dans la situation et qu'elles font en quelque sorte partie de la caractéristique de l'état mental de notre homme (8). »

L'observation ne doit pas se borner à la maladie et au malade. Elle doit s'étendre à l'ensemble des circonstances où se trouve et où a vécu celui-ci. Elle peut en effet saisir des renseignements extrêmement précieux pour le diagnostic et pour le traitement, et qu'involontairement ou même volontairement, le propre intéressé ou sa famille pourrait cacher au médecin. Cette saine curiosité que recommande Charcot n'est nullement en opposition avec le précepte de discrétion contenu dans le serment d'Hippocrate ; car ce n'est pas pour divulguer à autrui ce qu'il aura découvert, mais uniquement pour ordonner sa thérapeutique que le clinicien s'efforcera de tout voir et de tout entendre. Il ne faut pas croire tout ce que les malades ou leur entourage disent. « Il faut avoir les yeux bien ouverts dans l'intérêt des malades (9) », pour dépister les mensonges ou les ignorances en matière d'alcoolisme, de morphinomanie ou d'hérédité. C'est ainsi qu'un jour où il avait été appelé en consultation pour une paraplégie crue hystérique par un confrère, Charcot lui en démontra la nature alcoolique, en demandant ce que représentait la photographie d'un débit d'amer Picon, pendu dans l'antichambre. On leur répondit en effet que ce débit était la propriété de la malade (106) qui l'exploitait elle-même.

Tout en observant, il faut penser anatomiquement et

physiologiquement. Ce précepte est l'un des plus chers au fondateur de la méthode anatomoclinique. « L'ancienne médecine a toujours manqué des éléments nécessaires à l'édification d'une théorie positive. Le caractère de la révolution de la nouvelle médecine (nouvelle médecine qui a commencé à la fin du XVIII^e siècle) consiste essentiellement dans l'intervention directe, immédiate, nous ajouterons légitime de l'anatomie et de la physiologie dans le domaine pathologique. Avant, la médecine était presque toute entière renfermée dans l'étude des symptômes. Après cette époque, elle devient successivement anatomique et physiologique (10): »

Cette proclamation du penser anatomique et physiologique fut, peut-on dire, l'idée du règne de Charcot. Il y revint constamment, comme le prouvent diverses citations qu'on trouvera ailleurs (11). Il met les travailleurs en garde contre les fantaisies d'une anatomie et d'une physiologie non contrôlées (12). Et il insiste sur la subordination de la physiologie à la clinique, proclamant ainsi la prééminence de l'observation. « Claude Bernard a dit : Il ne faut pas subordonner la pathologie à la physiologie. C'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut d'abord poser le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis chercher à fournir l'explication physiologique. Agir autrement, ce serait s'exposer à perdre le malade de vue et à défigurer la maladie... Il existe en pathologie tout un domaine qui appartient en propre au médecin, que seul lui peut cultiver et faire fructifier, et qui resterait nécessairement fermé au physiologiste, qui, systématiquement confiné dans son laboratoire, dédaignerait les enseignements de la salle d'hôpital. La méthode appropriée à ce vaste champ peut être appelée *nosologique*..., qui s'occupe à décrire les états morbides, à déterminer leurs caractéristiques, leur étiologie, leurs corrélations, les modifications qu'ils subissent sous l'influence des agents thérapeutiques. Or, les faits de cet ordre constituent nécessairement les assises premières de toute construction scientifique en pathologie, et sans cette base, la physiologie de l'homme

malade ne serait qu'un vain mot (13). » Souvent, il proclame sous une autre forme la même affirmation : « C'est justement le cas de vous montrer, dit-il, à propos du respect de la face par l'hémiplégie hystérique, l'état d'esprit d'un observateur dégagé de tous préjugés et qui accordé aux faits, quelque contraires qu'ils puissent paraître aux théories reçues, leur légitime prééminence (14). »

Mais l'art de l'observation et de la connaissance de l'anatomie et de la physiologie ne suffisent pas à faire un bon médecin. Il y faut encore une vaste instruction débordant le champ de la spécialité professionnelle. « La spécialisation est devenue chose fatale et nécessaire. Il faut bien l'accepter, puisqu'on ne peut l'éviter. Il importera seulement de l'organiser en vue de mettre obstacle au morcellement sans limite, à l'isolement stérile, dont on aurait à déplorer, s'il venait à se produire, les néfastes effets. La pratique en réalité n'a pas d'autonomie, elle vit d'emprunts, d'applications; sans rénovation scientifique, elle deviendrait bientôt une routine attardée et comme stéréotypée. Aussi peut-on affirmer, à mon avis, qu'à part les questions de coup d'œil, d'ingéniosité et d'autres qualités natives, qui se perfectionnent sans doute par l'usage, mais qui ne s'acquièrent pas de toutes pièces, on peut affirmer, dis-je, que tant vaut le pathologiste, tant vaut le clinicien. Celui-ci par conséquent, avant d'être vu à l'œuvre, peut être jugé déjà, du moins sommairement, par le seul examen de ses tendances scientifiques (15). »

Aussi la curiosité du médecin doit-elle diriger son investigation dans tous les domaines. « Voilà un sujet dont le médecin ne saurait certes pas se désintéresser complètement, tout scabreux qu'il soit, écrit-il à propos de la pratique de la suspension dans un but lubrique, devançant ainsi son élève Freud. Il ne devrait pas perdre de vue à ce propos que si une curiosité vaine, surtout en ces matières, est souvent chose condamnable, la science par contre peut pénétrer partout, même dans les cloaques, sans y recevoir de

souillures. Bacon a dit du soleil : « *Palatias et cloacas ingreditur ne que tamen polluitur* (16). »

Une fois instruit par l'observation éclairée des lumières de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la psychologie, car, ainsi que nous l'expliquons ailleurs (11), Charcot recommande par son propre exemple l'étude de la psychologie, le médecin peut décrire. Et c'est le cas de citer ces passages concernant les rapports et les différences de la nosographie et de la clinique. « La clinique est faite d'anomalies. Tandis que la nosographie c'est la description des phénomènes se produisant régulièrement. Ce qu'on recherche en clinique, c'est presque toujours des exceptions, ce qu'on trouve en nosographie, c'est la règle, et il faut savoir en tant que médecin que le nosographe n'est pas toujours clinicien... Jamais un clinicien ne peut dormir tranquille, il est entouré d'embûches de tous les côtés, c'est le plus triste métier qu'on puisse faire, quand on veut l'exercer consciencieusement. On est toujours en défiance de soi-même. Heureux ceux qui croient tout savoir et n'avoir plus besoin d'apprendre. Il paraît qu'il y en a qui sont ainsi faits ; je les en félicite (17). » « Le nosographe s'attache au tableau *abstrait* des maladies, néglige à dessein ou relègue volontairement au second plan les anomalies, les déviations du type. Le clinicien au contraire vit plus spécialement des cas individuels qui, presque toujours, s'offrent avec des particularités s'éloignant du type vulgaire (18). »

« Dans les maladies du système nerveux, comme dans toutes les autres, nul phénomène, pris isolément, ne saurait être vraiment caractéristique. C'est le mode de groupement des accidents, leur mode d'évolution, d'enchaînement, la réunion des circonstances toute entière, qui sert surtout, ici comme ailleurs, aux distinctions nosographiques (19). » « En matière de pathologie nerveuse, lorsqu'un type morbide vient d'être créé, il fait presque constamment son apparition dans la clinique sous la forme d'une maladie très compliquée symptomatiquement, et dont le pronostic

est des plus grave. Mais avec le temps, le tableau change, on apprend à connaître les formes frustes, atténuées, les formes relativement bénignes, et le mal semble devenir moins implacable. » (20). « Lorsque dans une forme particulière d'affection nerveuse, on fouille l'histoire clinique jusque dans ses moindres détails, il est rare qu'on se trouve en face d'un cas absolument simple, comme peut-être on l'avait supposé tout d'abord. Les anomalies du type, la combinaison d'éléments étrangers semblent se dévoiler comme à l'envie, à mesure que l'on examine les choses de plus près, et souvent devant cette complexité croissante, on se prend à dire avec Hamlet : « Il y a plus de choses dans le ciel et sur la terre qu'il n'en est rêvé dans votre philosophie. » Mais on ne saurait trouver là, matière à découragement ; car l'analyse clinique patiente conduit à peu près toujours à disperser sans mutilation les divers éléments du complexe nosographique. Après cette dissection clinique vient le travail de reconstitution, qui rétablit les choses dans l'état où la nature les avait présentées à l'observateur (21). » « Il y a dans une description bien faite une puissance de propagation remarquable. A un moment donné, la lumière est telle qu'elle frappe les esprits les moins préparés. Ce qui est jusque là resté dans le néant commence à vivre, et c'est une grande chose, une très grande chose en pathologie que la description d'une espèce morbide jusque là inconnue (22). »

Quant à l'enseignement clinique, ce doit être comme une leçon de chose, dit-il. Et le professeur ne doit pas craindre de redire constamment ce qui est la vérité. « Je répète toujours la même chose, parce que c'est toujours la même chose (23). »

Enfin citons, pour terminer ce chapitre sur la méthode, le conseil dont la mise en pratique est indispensable à tout médecin. « J'ai à cœur de me tenir éloigné autant que possible, du scepticisme arbitraire, qui conduit trop souvent à l'ignorance pédantesque, et de la crédulité naïve, la foi du charbonnier, comme disent les Allemands. C'est entre ces deux écueils dangereux que l'observateur doit s'orienter (24). »

Toutes ces considérations de Charcot sur la méthode en médecine et en neurologie sont encore éternellement vraies, dans toutes les branches de la médecine. Elles mettent en garde contre les défauts inhérents à la nature humaine et qui semblent la vouer à l'impuissance de l'observation.

En psychiatrie, plus que partout ailleurs, car l'observation ne se fait que par des jugements, observer est difficile. Avoir toujours présents à l'esprit les principes que nous venons de transcrire est un gage pour éviter de grosses erreurs. Il est intéressant de faire remarquer à ce propos la magnifique illustration que la psychanalyse actuelle donne du défaut qui porte l'homme à théoriser avant d'avoir observé. La plupart de ses adeptes se contentent d'étiqueter névrosiques ou psychonévrosiques, sans même définir les mots névrose et psychonévrose, les malades dont ils résument le tableau clinique en quelques lignes, pour écrire des volumes sur la psychogénèse de troubles que le lecteur est incapable d'identifier. Que n'ont-ils lu Charcot !

L'observation du milieu physique et moral du malade mental est capitale. De même son examen doit être pratiqué quand il est nu, à cause des éléments importants pour le diagnostic et le traitement qu'il permet de découvrir; maladies organiques, mutilations, défaut de la gymnastique respiratoire capable d'entretenir un état d'angoisse, etc.

La nécessité d'une culture générale pour le médecin s'impose davantage en psychiatrie; car aux connaissances biologiques doivent s'ajouter pour lui des connaissances psychologiques et sociologiques [Janet, Dumas (107), Blondel (108)].

Penser anatomiquement et physiologiquement reste toujours l'idéal du psychiatre. Malheureusement, le déterminisme des troubles mentaux n'est pas aussi simple qu'on le croyait au temps de Charcot. La physiologie cérébrale est encore incertaine en bien des points (Piéron (109)). Le sympathique a fait son apparition dans la physiologie et la pathologie mentale (Laignel-

Lavastine (110), Tinel (111), Logre (111), etc.). Les recherches biologiques apporteront sans doute plus de lumière (Claude (112)). Mais en attendant, la meilleure méthode reste, comme le disait récemment H. Colin (113), l'observation clinique.

II. CLINIQUE. — Charcot a isolé, sous forme de syndromes ou de maladies, dont la postérité n'a pas toujours respecté la valeur, certains troubles d'origine purement ou partiellement psychique. On se contentera de les signaler rapidement ici, renvoyant pour plus de détails concernant leurs caractères et leur pathogénie à l'article sur « la psychophysiologie de Charcot (11). »

A. Syndromes. — 1° En ce qui concerné la sensibilité. Il a, comme tout le monde le sait, décrit les ANESTHÉSIES PSYCHIQUES, qu'il assimilait à tort aux anesthésies corticales organiques. Il a également décrit les ALGIES PSYCHIQUES, dont le point de départ siège, non pas dans une modification organique des nerfs périphériques, mais dans le lieu même où la douleur est sentie ou perçue, c'est-à-dire l'écorce cérébrale (25). Elles existent chez les hystériques : fausses coxalgies (26), fausses péritonites, chez des hypnotisés, chez des émotionnés ou commotionnés ou neurasthéniques (27). Parfois, elles constituent tout le symptôme, comme chez cet individu qui, cinq ans après avoir été mordu, éprouvait des douleurs au niveau de l'ancienne morsure chaque fois qu'on parlait de rage devant lui (25). Un des caractères de ces algies hystériques était d'être influençables par l'aimant, qui pouvait déplacer leur siège.

2° En ce qui concerne le mouvement. Il a décrit longuement les PARALYSIES PSYCHIQUES (11). Elles sont dues à la perte de l'image motrice, qui précède normalement toute exécution d'un mouvement volontaire, et se produisent dans les mêmes conditions que les anesthésies ou les algies. Le plus souvent, la paralysie psychique s'accompagne d'anesthésie (28). Il a insisté

beaucoup sur la CONTRACTURE PSYCHIQUE (11), qui est due au fait qu'une lésion dynamique des filets du faisceau pyramidal et des cellules où ils prennent leur origine a pour conséquence la cessation de la fonction normale d'inhibition (29). Pour lui, la contracture hystérique est une contracture active, comme celle de la paraplégie spasmodique organique, c'est-à-dire que les muscles antagonistes sont aussi raides que ceux qui commandent la forme de raideur imprimée au membre contracturé, tandis que les contractures par lésion périphérique sont passives, n'intéressant pas les antagonistes (114). Il nie l'existence du TREMBLEMENT SÉNILE, qui pour lui n'est que la persistance dans la vieillesse d'un tremblement qui existait depuis l'âge adulte (30). Il distingue la CHORÉE HYSTÉRIQUE par son caractère rythmé. « Le rythme et la cadence, voilà un caractère propre à bien des phénomènes hystériques... Il y a là de la méthode, bien que ce soit de la folie, comme dit Hamlet (31). » Les TICS vrais se distinguent des mouvements hystériques par ce même caractère. De plus, ils s'accompagnent d'un état mental particulier, d'obsession, d'impulsion, de doutes, de scrupules, de terreur morbide. « Le tic moteur est doublé d'un tic d'idées (32). » « Les mouvements du tic sont brusques, rapides, instantanés, survenant par accès, systématisés, toujours les mêmes chez le même sujet et reproduisent, en les exagérant, certains mouvements automatiques complexes d'ordre physiologique appliqués à un but. Ce sont la caricature d'actes, de gestes naturels (33). » Des mots ou exclamations ordinaires les accompagnent. Le TORTICOLIS MENTAL est pour lui un spasme clonique du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze d'un côté du corps, produisant l'hypertrophie de ces muscles, et capable de guérir par l'électrisation des deux muscles du côté opposé. Enfin, Charcot décrit entre autres troubles du mouvement, en rapport avec un état mental anormal, des secousses fibrillaires, dont sa description ne facilite pas l'identification, et qui correspondent sans doute au syndrome bénin et nullement psychogène de la myo-

kymie (34). « Quelquefois tout à fait partielles et localisées, elles sont d'autre fois assez énergiques pour mettre en mouvement un doigt, la main elle-même ; les secousses fibrillaires n'appartiennent pas en propre à la forme protopathique d'atrophie musculaire. J'ajouterai ensuite qu'elles se voient en dehors de l'atrophie musculaire progressive chez des sujets sains. Elles constituent parfois dans ce cas un des symptômes d'une forme particulière d'hypochondrie, assez fréquente, soit dit en passant, chez des étudiants en médecine (35). »

3° En ce qui concerne les TROUBLES TROPHIQUES, Charcot admet que les rétractions tendineuses, dont la pathogénie donna encore naissance à tant de discussions pendant la guerre, puissent survenir par suite de la simple immobilité, en raison d'un état constitutionnel du sujet, se rapprochant de la constitution arthritique. « Pourquoi tout étant égal d'ailleurs dans ces cas (contractures hystériques, paraplégies spasmodiques, paralysies alcooliques), du moins en apparence, la complication fibrotendineuse se produit-elle chez certains sujets et non chez d'autres ? Qu'ont donc de particulier les sujets chez lesquels elle se produit ? S'agit-il là d'une influence diathésique, d'un élément rhumatismal, arthritique, que présenteraient ces sujets ? On sait que certaines rétractions fibreuses, indépendantes de toute paralysie, comme la rétraction de l'aponévrose palmaire, par exemple, relèvent au moins souvent, d'une influence arthritique (36). » Ajoutons que pour lui l'œdème, la cyanose, les ulcérations, les sudations peuvent dépendre d'une lésion purement dynamique.

4° Il a beaucoup étudié le RÊVE dans l'hystérie, et il compare avec Laségue et Magnan le délire hystérique au délire alcoolique. Au point de vue psychologique, il a, à propos de la main-fantôme, remarqué que dans le rêve normal, on n'a que des images visuelles et non des images motrices. On se déplace, sans se sentir marcher ou bouger.

Les rêves terrifiants de l'enfance sont pour lui d'un

mauvais pronostic pour l'avenir mental du sujet. « Ces rêves terrifiants reproduisant toujours la même scène, stéréotypés en quelque sorte, qui viennent parfois avec une régularité implacable troubler le sommeil, on les voit figurer souvent chez les enfants issus de nerveux, et qui ont été eux-mêmes plus tard victimes de maladies nerveuses diverses (37). »

5° Les HALLUCINATIONS *visuelles* ont été décrites par lui surtout dans l'hystérie. Elles sont monoculaires, c'est-à-dire que les perceptions imaginaires semblent données par l'œil du côté hémianesthésié. « Les images visuelles (38) d'animaux, d'enterrement ou de toute autre nature, vues en rêves et persistant quelquefois un instant après le réveil, apparaissent constamment du côté correspondant à l'hémianesthésie, côté où le rétrécissement du champ visuel est dans la règle le plus prononcé. Ce fait est en quelque sorte le pendant de celui que nous avons mis en lumière, il y a longtemps déjà, chez les femmes hystériques hémianesthésiques. Il est très commun que ces malades, même dans leurs périodes d'accalmie, soient tourmentées par la vision imaginaire d'animaux, de chats, de rats, de bêtes fantastiques qui semblent courir sur le parquet ou sur le mur voisin. Ces animaux, généralement de couleur noire ou grise, plus rarement d'un rouge vif, se présentent pour chaque malade du même côté, et ce côté où l'hallucination se dessine est toujours celui qui correspond à l'hémianesthésie et par conséquent à l'amblyopie. Habituellement, les animaux passent en série et courent rapidement, venant de derrière la malade et se dirigeant d'arrière en avant. Ils disparaissent aussitôt qu'elle tourne les yeux de leur côté. »

Il semblerait qu'il eût observé un cas d'*hallucino*se chez le malade dont Ballet (39) rapporte succinctement l'histoire. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, qui depuis douze ans était tourmenté par des voix extérieures et intérieures. Sa langue se meut malgré lui au moment où parle cette voix intérieure. « Il n'est nullement dupe de ces voix. Il les reconnaît, tout ému qu'il en

soit, pour des phénomènes pathologiques, et il ne paraît pas que depuis douze ans il ait jamais présenté des phénomènes d'aliénation dans le sens pratique du mot »... « Et ce singulier phénomène des mouvements involontaires de la langue, le malade ne pouvait en préciser le siège. Il plaçait cette voix vaguement dans la tête, la poitrine, le cou. » On voit donc que Charcot rencontra là un de ces cas obscurs que Ségla sut éclaircir plus tard sous le nom d'hallucination psychomotrice verbale.

Charcot décrivit encore l'*hallucination motrice des amputés*. Ce phénomène, par lequel un amputé a l'illusion de la présence de la main qu'on lui a enlevée, est pour lui en rapport avec une irritation nerveuse du moignon, et ne survient que chez les individus appartenant au type psychologique moteur. Il l'a baptisé du nom pittoresque de « main fantôme » (40). Il a insisté sur le fait que cette main fantôme commence par siéger au point exact où se trouvait la main réelle et n'arrive que peu à peu à remonter jusqu'à l'extrémité inférieure du moignon, quand l'amputation a été haute. A ce moment, la main fantôme semble redescendre au bout de l'appareil prothétique chaque fois que l'amputé prend cet appareil, et revient se coller à l'extrémité inférieure du moignon dès qu'il le quitte. Ces particularités, dont on peut fournir une explication (41), Charcot se contente de les signaler en clinicien.

6°. LA PERTE DE LA VISION MENTALE a été rencontrée par lui comme séquelle d'un accès de dépression consécutif à du surmenage et des soucis. Il s'agissait sans doute d'un accès fruste de mélancolie. En effet, le sujet écrivait : « Une conséquence remarquable de la perte de cette faculté mentale est le changement de mon caractère, de mes impressions. Je suis beaucoup moins accessible à un chagrin, à une douleur morale. » Cette anesthésie psychique douloureuse était sans doute, non pas, comme le croyait l'intéressé, le résultat de la perte de sa vision mentale, mais, au même titre que celle-ci, l'effet de

l'atteinte affective. Quoi qu'il en soit, Charcot se servit de cet exemple pour développer la théorie psycho-physiologique, qui lui était chère.

« Une suppression possible et réalisée de tout un groupe de souvenirs, d'images commémoratives, sans participation des autres groupes est un fait capital en pathologie aussi bien qu'en physiologie cérébrales. Il conduit nécessairement à admettre que ces groupes divers de souvenirs ont leur siège dans certaines régions déterminées de l'encéphale. Et il s'ajoute aux preuves qui établissent d'autre part que les hémisphères du cerveau consistent en un certain nombre d'organes différenciés, dont chacun possède une fonction propre, tout en restant dans la connexion la plus intime avec les autres. Cette dernière proposition est d'ailleurs aujourd'hui généralement admise par ceux qui étudient les fonctions du cerveau, non seulement chez les animaux dans le laboratoire, mais encore et surtout chez l'homme par les procédés de la méthode anatomoclinique (42). »

7° L'AUTOMATISME AMBULATOIRE que Charcot a beaucoup décrit dans ses *Leçons du Mardi* est défini : une situation qui consiste à marcher automatiquement sans qu'aucun caractère extérieur révèle chez l'individu en marche cet automatisme (115). Il distingue : a) « le petit automatisme », qui est celui de la distraction et dure peu. Le sujet, s'il a perdu en tout ou en partie le souvenir des actes moteurs qu'il a accomplis, conserve du moins celui des actes psychiques qui occupèrent son esprit (116) ; b) « l'automatisme traumatique », celui des amnésies post-traumatiques. Le sujet après le traumatisme agit d'une façon fort adaptée, mais ne s'en souvient plus. Il ne dure que quelques heures (117) ; c) l'automatisme ambulateur qui peut durer des journées, et pendant lequel la conduite du sujet est adaptée, mais totalement oubliée après. Il est, soit épileptique (118), soit hystérique (119). Incidemment il fait allusion aux aliénés voyageurs que décrivaient certains psychiatres, ses contemporains (120).

8° Charcot professait sur le SOMNAMBULISME (43), ou exécution pendant le sommeil des actes de la vie ordinaire, les mêmes idées que son élève Gilles de la Tourette. Il distinguait : a) le « noctambulisme » ou somnambulisme naturel ; b) le somnambulisme hystérique qui n'est qu'une crise vécue. Le sujet fait abstraction des gens et des choses réelles qui ne font pas partie de son rêve. C'est ce qui distingue le somnambulisme hystérique de l'automatisme ambulateur comitial, car l'épileptique ambulateur ne rêve pas, mais au contraire s'adapte à la réalité ; c) le somnambulisme hypnotique qui a les mêmes caractères que le précédent.

B. Maladies. — Charcot décrit les entités morbides suivantes :

1° L'HYSTÉRIE. — C'est une maladie psychique caractérisée par des stigmates physiques permanents, inconnus du sujet lui-même (hyperesthésies plus ou moins localisées appelées zones hystérogènes, anesthésies plus ou moins étendues souvent comportant toute une moitié du corps, parfois isolées en plaques, en segments, intéressant les muqueuses, diminution unilatérale de l'acuité des sens avec rétrécissement du champ visuel) et des accidents plus ou moins éphémères (crises, paralysies, contractures, mutisme, tremblements, anorexie, perturbation des réflexes, troubles vasomoteurs, trophiques, fièvre même).

Ses idées en cette matière sont beaucoup trop connues pour qu'il soit utile de les développer. Il suffira d'insister sur certains points seulement. Tout d'abord il s'est efforcé d'introduire de l'ordre dans le chaos des phénomènes que l'on qualifiait hystériques avant lui. « Dans l'attaque, et je pourrais en dire autant de bien d'autres épisodes de l'hystérie, rien n'est laissé au hasard, tout s'y passe au contraire suivant des règles valables pour tous les pays, pour tous les temps, pour toutes les races, universelles par conséquent (44). » C'est ainsi qu'il décrit à l'attaque, quatre phases qui se succèdent avec la régularité d'un mécanisme : 1° la

phase épileptoïde ; 2° la phase clownique ou des mouvements désordonnés ; 3° la phase des attitudes passionnelles ; 4° la phase du délire (49). Une telle attaque qui est purement hystérique, il l'appela d'abord suivant la coutume hystéroépileptique. « Mon respect pour la tradition m'a fait jadis maintenir cette dénomination d'hystéroépilepsie. Mais elle me gêne fort, car elle est absurde. Il n'y a pas le moindre rapport entre l'épilepsie et l'hystéroépilepsie à crises mixtes (45). »

Il a insisté sur le fait que l'hystérie n'était spéciale à aucun sexe, aucun âge, aucune profession, aucune région, aucune classe sociale, aucun milieu (46). « Si je n'admets pas que l'hystérie puisse être démembrée et qu'il soit permis de reconnaître autant d'hystéries distinctes, et nosographiquement séparées qu'il y a de causes capables de provoquer le développement de l'affection, j'admets naturellement dans l'hystérie, espèce une et indivisible des variétés, des formes, cela est élémentaire... L'ivresse par l'emploi de la même substance aux mêmes doses, produit des effets fort différents, chez les différents sujets... La pneumonie de Pierre n'est pas la pneumonie de Paul... Pourquoi l'hystérie échapperait-elle à cette règle ? De fait elle n'y échappe pas... L'hystérie chez l'homme n'a pas le brio morbide qu'elle a chez la femme... Les hommes hystériques de la classe ouvrière sont à peu près toujours des gens sombres, déprimés, découragés... Cette disposition d'esprit des hystériques mâles tient certainement, en partie du moins, à ce que chez eux, la neurasthénie se montre presque toujours associée en proportion inverse à la névrose hystérique... (47). »

Quant à l'état mental hystérique, il est surtout fait de suggestibilité. Et il importe de souligner cette affirmation, à cause de la tendance actuelle qui tend à reporter sur les successeurs de Charcot, tout le mérite de cette affirmation.

« L'état mental des hystériques se rapproche beaucoup de celui qui caractérise le somnambulisme hypnotique, en ce sens que, dans les deux cas, le phénomène de l'auto-suggestion peut se produire aisément, prendre

des proportions considérables et aboutir finalement à la réalisation objective des symptômes imaginés... Le sujet localise son hystérie « dans une partie du corps » (48).

On trouvera aux paragraphes de la pathogénie et de l'étiologie des notions complémentaires sur la conception de Charcot en matière de mentalité hystérique.

2° L'HYPNOTISME fut considéré tout d'abord par Charcot comme une névrose proche parente de l'hystérie, mais ensuite il l'identifia avec elle. Il distinguait 3 phases (50) au grand hypnotisme. a) la léthargie dans laquelle il y a inertie mentale du sujet et par conséquent impossibilité pour autrui d'entrer en communication avec lui ; b) la catalepsie dans laquelle l'inertie mentale est moins absolue. On peut faire naître chez le sujet un groupe d'idées qui provoquera des actes, échappant au contrôle de sa propre personnalité, des actes qui seront donc exécutés mécaniquement, machinalement. On entre en communication avec lui par le sens musculaire, c'est-à-dire qu'en imprimant à son corps des attitudes ou des gestes, on fait accomplir à l'hypnotisé les actes conformes aux idées et sentiments qui correspondent à l'attitude ou au geste. On lui ferme le poing et il a des mouvements de colère. On lui approche la main des lèvres et il envoie un baiser, etc. ; c) le somnambulisme dans lequel il y a simplement engourdissement mental. On peut faire naître chez le sujet un système d'idées qui s'agrége plus ou moins à sa personnalité. Après résistance plus ou moins grande, il exécute des actes plus ou moins complexes avec toutes les apparences d'une activité vraiment voulue, et non machinalé. On entre en communication avec lui par la parole et tous les sens.

Rappelons que Charcot rapproche de ce somnambulisme hypnotique où la suggestibilité est extrême, les états mentaux conscients ou inconscients dans lesquels les suggestions se réalisent si facilement : intoxications, émotions, commotions, avec ou sans action physique directe sur la boîte crânienne (51).

3° La NEURASTHÉNIE (52) est une névrose à part, fréquemment associée, comme on l'a vu plus haut, à l'hystérie. Les signes qu'il en donne sont la céphalée spéciale, surtout en casque, la rachiagie, les vertiges, l'amnésie ou plutôt la peur de l'amnésie, l'aboulie, l'émotivité, la tristesse, l'insomnie avec cauchemars, la dyspepsie, l'impuissance, etc. Il a pittoresquement décrit dans ses *Leçons du Mardi* « l'homme aux petits papiers » qu'est le neurasthénique soucieux de noter ses moindres malaises. C'est au sujet de la neurasthénie, comme on verra plus loin qu'il pose la question du surmenage.

4° NÉVROSE TRAUMATIQUE. — Charcot en nie l'existence (53). « Il n'est point une seule des affections nerveuses dont l'ensemble forme ce que j'appelle la famille neuropathologique qui ne puisse apparaître comme conséquence du schock nerveux, ressenti dans un accident de chemin de fer : hystérie, neurasthénie, paralysie agitante, épilepsie, sclérose en plaques, vésanie, etc. « Mais dans la règle, c'est l'hystérie et la neurasthénie soit isolées, soit combinées (54). »

Maintes fois il critique le Railway Spim, le Railway Brain des auteurs anglais ou américains. Et à ce propos il soutient que les troubles hystériques peuvent être tenaces, survenir chez des individus non versatiles, contrairement aux affirmations d'Oppenheim et Thomsen pour qui le trouble hystérique est transitoire, et ne frappe que des femmes capricieuses ou des hommes à mentalité féminine. « Peut-on vraiment considérer la mélancolie, l'hypochondrie, l'aboulie, les rêves terrifiants, l'insomnie comme caractérisant psychiquement la névrose traumatique, lorsqu'on sait que tout cela se rencontre dans la neurasthénie et dans l'hystérie avec ou sans intervention de traumatisme (121) ? »

Certains syndromes que Charcot explique par l'hystérie, trouveront plus tard une explication plus satisfaisante dans la conception de son élève Brissaud sur la sinistrose. Tel le cas de la coxalgie hystérique de cet employé de chemin de fer qui avait peur de perdre sa rente (55). Tel celui du soi-disant neurasthénique

dont tous les symptômes nerveux s'empirent dès que le propriétaire du chien qui l'a mordu refuse de payer l'indemnité qui lui est due.

5° SIMULATION. — Tout en proclamant la sincérité de la plupart des hystériques, il écrit: « La simulation intentionnelle... le besoin de mentir tantôt sans intérêt par une sorte de culte, de l'art pour l'art, tantôt en vue de faire sensation, d'exciter la pitié, est chose vulgaire, en particulier dans l'hystérie... et qui jette, il n'y a pas à se le dissimuler, un jour de défaveur sur les études qui s'y rattachent » (55).

D'une façon générale, la simulation est pour lui une *sursimulation*: « Ne pas oublier qu'un certain état mental dont un des caractères est le besoin d'exagérer ou de tromper, est souvent la marque d'un état pathologique parfaitement réel (56). »

Enfin il décrit la *pathominie* sans lui donner ce nom, dans le passage suivant: « Par suite d'une singulière tournure d'esprit, les malades atteints de cette affection réclament parfois à grands cris une intervention active. Aussi comprendrez-vous aisément que lorsque pour leur malheur ces malades atteints de « *maniva operativa passiva* » comme l'a dit Textor, se trouvent en présence de chirurgiens, affectés d'une manie analogue, mais active cette fois, « *mania operativa activa* » de Stromeyer, les opérations les plus fantastiques soient résultées de cet imprudent conflit. Brodie et Coulson en ont rapporté des cas. » (57).

6° En matière d'ÉPILEPSIE, il admet que l'amnésie puisse manquer, concernant l'épisode délirant, mais exceptionnellement (58), et que l'épileptique revenue à son état normal puisse, devant l'acte accompli pendant le délire, se le rappeler.

Pour lui l'alcool, sauf l'absinthe, ne suffit pas à produire l'épilepsie. « Je me rattache absolument à l'opinion professée par M. Magnan. Il n'existe pas, suivant moi, d'épilepsie, à proprement parler, alcoolique. L'épilepsie existe souvent chez un alcoolique ou dans sa descendance, mais la cause toxique joue unique-

ment ici le rôle d'un agent provocateur qui met en jeu une prédisposition spéciale antérieure ou qui encore, dans certains cas, crée la diathèse nerveuse d'où pourra naître, par le concours des circonstances appropriées l'affection convulsive.

Il n'en est pas tout à fait de même, vous le savez, de l'absinthisme; l'absinthe ainsi que l'a encore bien montré Magnan est un convulsivant. Il y a en réalité une affection épileptiforme qui mérite vraiment de porter le nom d'absinthique, mais ces convulsions ne survivent pas à l'abus de la boisson toxique, elles cessent en même temps que lui » (59). Il a magnifiquement décrit l'automatisme ambulatoire épileptique (118).

7° LA CHORÉE chronique n'est pour lui qu'un incident, qu'un épisode dans l'histoire générale de la chorée. Il ne faut pas plus l'opposer à la chorée vulgaire de Sydenham, qu'on ne doit opposer l'épilepsie tardive à l'épilepsie de l'adulte. Dans l'une et dans l'autre il y a des troubles psychiques qui ne sont qu'en germe dans la chorée de Sydenham; mais deviennent manifestes dans la chorée d'Huntington pour conduire parfois à la démence après avoir pris une forme définitive de manie ou mélancolie (60).

8° LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE telle que la concevait Magnan est admise par lui. Mais il préférerait au mot de dégénérescence celui de déséquilibre. Avec le médecin de Ste-Anne, il a publié un mémoire sur l'onomatomanie (11) où est exposé en partie le mécanisme psychophysiologique de ce syndrome.

9° A diverses reprises, il signale les troubles mentaux des INTOXICATIONS. On a déjà vu qu'avec Lasèque il considère le *délire alcoolique* comme un délire de rêve avec hallucinations visuelles et qu'il lui assimile le délire hystérique. Et il insiste sur l'alcoolisme des gens du monde trop souvent méconnu. « Les sportsmen qui ont la mauvaise habitude de boire dans les bars font quelquefois du sport nautique. On s'embarque sur un yacht, on emporte avec soi des

barriques de toute espèce et en vrai loup de mer on boit tout ce qu'il est possible de boire pour passer le temps. Et quand on a fait ainsi un voyage d'agrément dans lequel on a parcouru toutes les rives de la Méditerranée, on revient en France avec une paralysie alcoolique. » (61). A propos de *l'intoxication par l'oxyde de carbone*, il écrit : « Cette amnésie qui, dans certains cas, peut avoir le caractère rétrograde, c'est-à-dire faire oublier au malade les circonstances qui ont préparé l'asphyxie et qui peut aussi entraîner avec elle une sorte de démence temporaire, s'étend quelquefois à plusieurs semaines. » (62). Quand un malade varie d'humeur et que ses troubles maladifs varient dans la même journée, pensez à la *morphinomanie* (63), recommande-t-il. Parmi les signes de la période de besoin, il cite : le malaise, le tremblement, les sueurs froides, les coliques, les démangeaisons, le bâillement (64), l'inquiétude, l'impatience, la mauvaise humeur. Ce sont autant de signes par où l'on peut dépister la morphinomanie. Comme traitement, il préconise la suppression brusque ou lente, mais sans l'adjuvant d'un médicament quelconque. « La morphine n'admet pas de médication satellite, elle règne en maîtresse absolue sur les organismes qu'elle détient. »

10° Pour la PARALYSIE GÉNÉRALE, il distingue avec Falret celle des neuropathologistes et celle des aliénistes (65). Il signale l'inefficacité du traitement anti-syphilitique comme moyen de diagnostic entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale (65). Il insiste beaucoup sur la valeur pronostic de paralysie générale que peut avoir la migraine ophtalmique (66). A propos d'un malade qui avait un tremblement unilatéral et de l'épilepsie partielle sensitive, mais relativement peu de troubles mentaux, il émet l'hypothèse « que l'un des deux hémisphères est plus atteint que l'autre et que c'est peut-être à cette circonstance, en partie du moins, qu'est due la persistance relative de l'intégrité de la mémoire et des facultés psychiques. » (67).

11° L'existence des ASSOCIATIONS MORBIDES est fortement et souvent affirmée dans l'œuvre de Charcot, aussi bien pour les névroses que pour les maladies organiques : « Les complexes dont il s'agit ici, écrit-il à propos d'une tabétique hystérique, ne représentent pas en réalité des formes hybrides, des produits variables et instables d'un mélange, d'une fusion intime, mais plutôt le résultat d'une association, d'une juxtaposition dans laquelle chacun des composants conserve son autonomie. Et il est fort heureux qu'il en soit ainsi réellement, car autrement comment le clinicien pourrait-il apprendre à s'orienter au milieu de groupes symptomatiques innombrables, n'offrant pas de cohésion mutuelle et toujours prêts au changement, à la métamorphose... Le déterminisme règne dans le domaine des associations d'espèces morbides, tout aussi bien que partout ailleurs en pathologie. » (68).

« L'hystérie et l'épilepsie sont choses distinctes, c'est un peu comme pour le rhumatisme articulaire et la goutte, qui, ainsi que le disait Pidoux, issus d'un d'un même tronc conservent cependant une fois développés leur individualité nosographique et clinique. A ce propos, je le répèterai encore une fois : les espèces morbides ont une réelle fixité, les métis sont rares dans ce genre et ce qu'on prend comme tel ne présente souvent que la combinaison des deux états morbides parfaitement distincts. » (69).

A propos d'une hystérique devenue tabétique et ayant du vertige de Ménière : « Autrefois on eût parlé de la transformation d'un syndrome dans un autre (*mutationibus morborum* de Lorry). Aujourd'hui nous sommes tentés à ne voir dans ces changements que la succession, peut-être accidentelle, d'états morbides indépendants l'un de l'autre. » (70). Sur un malade à la fois hystérique, épileptique et morphinomane, il dit : « Séparer ces éléments, c'est là un genre de problème, vous le savez, que nous aimons à aborder. C'est de la pure clinique. » (71). Il est l'un des premiers, soit dit en passant, à signaler les associations

hystéro-organiques comme celle de la coxalgie hystérique compliquant la coxalgie tuberculeuse (72). « Ne vous étonnez pas de voir la chorée et l'épilepsie tardives se combiner chez un même sujet : ces associations, ces combinaisons, comme vous voudrez les appeler, ne sont pas un fait rare dans l'hérédité neuropathique et bien souvent nous avons eu l'occasion de relever les combinaisons suivantes que je cite à titre d'exemple : ataxie locomotrice et paralysie générale progressive ou en place de celle-ci diverses formes de vésanie : hystérie et chorée, hystérie et épilepsie, etc., etc. Je pourrais multiplier les faits de cet ordre. » (73).

La plupart des affirmations de Charcot concernant les syndromes sont restées vraies. Mais il est inexact que l'*anesthésie psychique* ait les mêmes caractères que l'anesthésie organique corticale qui se présente dissociée de façons diverses (Déjerine et Mouzon, Pierre-Marie, Bouttier, Piéron, Verger, etc.). (11). La *contracture* qualifiée d'hystérique dépend parfois de mécanismes incontestablement physiques : réflexe [Babinski et Froment (122)], sympathique [Meige et Athanasio Bénisty (123), Piéron (124)]. Le *tremblement*, malgré les nombreux travaux sur les corps striés [Wilson, Vogt, Pierre-Marie, Souques, Lhermitte (125)], ceux d'Anglade (126) sur ces noyaux, le mésencéphale et le cervelet, n'est pas encore rattaché à une pathogénie certaine. La présence d'une épine organique : lésion osseuse ou articulaire, néoformation, etc., a été constatée dans beaucoup de *torticolis mentaux*. (Meige, Babinski, etc). La pathogénie des *troubles trophiques* soi-disant hystériques a été éclaircie par les constatations de la guerre [Babinski et Froment (122), Lhermitte et Roussy, Clovis Vincent, Pierre-Marie et Meige, Déjerine, Sollier (128)]. Pendant longtemps un trouble paraissant d'origine purement psychique se révèle à la longue comme ayant une condition physique [Laignel-Lavastine et Courbon (127)]. L'hypothèse des *hallucinations hystériques monoculaires* n'est plus explicable par la physiologie de Charcot (11) qui admettait

que les fibres homolatérales du nerf optique se croisaient dans les tubercules quadrijumeaux. L'anatomie et la clinique sont d'accord pour déclarer qu'une lésion d'un hémisphère donne de l'hémianopsie double et non de la cécité monoculaire.

Il faudrait un volume pour indiquer seulement sans commentaires, les innombrables travaux publiés depuis Charcot sur l'*hystérie*. Le cadre nosographique qu'il lui avait fixé n'est plus admis, pour des raisons dont l'exposé sera mieux à sa place au paragraphe de la pathogénie. Quelques mois suffiront ici sur l'état mental. Les psychoses de nature purement hystérique comme les décrivent certains élèves du maître n'existent pas. Mais, ainsi que le soutient Henri Colin (140), l'hystérie se combine souvent à une psychose héréditaire ou acquise. « L'hystérie s'accolle sans jamais se fusionner » disait Charcot. Quant au délire hystérique, délire passager, terminant ou constituant à lui seul l'attaque, il n'est qu'un accès onirique avec ou sans confusion mentale (Régis). On en a vu pendant la guerre quelques cas [Laignel-Lavastine et Courbon (147)].

L'*hypnotisme* déchu par Charcot lui-même de sa qualité d'entité morbide, perdit toute signification pathologique avec l'école de Nancy. Il n'est pour Liébault et Bernheim qu'une variété de l'état physiologique, susceptible d'être produit par divers procédés chez la plupart des individus. La valeur thérapeutique des pratiques hypnotiques les ravale au plus bas degré de la suggestion. Ce qu'un médecin sans prestige et sans art obtient mal par l'hypnotisme, un autre mieux doué l'obtient aisément par n'importe quel autre moyen de persuasion ou de suggestion. C'est la psychothérapie du pauvre peut-on dire. On répugne à y recourir comme le stomatologiste répugnerait à se servir de la fanfare de l'arracheur de dents. « Ce n'est plus guère qu'un jeu de société, écrit Logre (129) ». « Comme moyen de recherche, sa valeur est nulle, comme moyen de thérapeutique, elle est nulle, et sa propre authenticité est douteuse », aime à dire Blondel.

En ce qui concerne la *neurasthénie* l'accord n'est pas fait sur son étiologie (130). Pour les uns Claude, Dupré, Ballet, Babinski, Vogt, c'est une affection acquise par le surmenage, les infections, les intoxications. Pour Déjerine, elle est constitutionnelle au sens de congénital.

Il serait intéressant de montrer comment l'état mental, dit de *dégénérescence*, associé au tic d'après Magnan et Charcot a été minutieusement décrit par Janet et Arnaud sous le nom de psychasthénie.

Retenons surtout l'attention sur les *associations morbides*. Cette conception de Charcot a projeté une très grande lumière en neurologie. Efforçons-nous de la transporter en psychiatrie. Au lieu de forger des entités nouvelles devant des syndromes atypiques, tâchons de démêler chez chaque malade les éléments qui ressortissent à plusieurs maladies. Cette voie a d'ailleurs été déjà ouverte par plusieurs auteurs [Anglade (131), Masselon (132), Courbon (133)].

III. ETIOLOGIE. — Charcot insiste sur la méfiance que l'on doit avoir, en matière d'hérédité, à l'égard des dires des familles. « L'homme n'aime pas la fatalité et il s'efforce instinctivement de rattacher à des causes banales, accidentelles, purement occasionnelles, les maladies qui, dans la famille à laquelle il appartient, ont pu être transmises par voie d'hérédité... Les membres de la famille s'efforceront même de vous barrer la route et de vous faire faire fausse route. » (74).

La *prédisposition* héritée ou apportée à la naissance, ou acquise est la cause originelle des maladies nerveuses. Les émotions, traumatismes, infections, intoxications, etc., ne sont que des causes occasionnelles. La cause originelle est une modification spéciale des centres nerveux.

L'*hérédité* est la forme moderne de la fatalité. « Je vais maintenant faire passer sous vos yeux, pour les soumettre à votre examen clinique, deux malheureuses créatures bien dignes d'exciter la compassion. On peut dire que l'une et l'autre ont été touchées du doigt

par la fatalité antique, aujourd'hui remplacée par la fatalité héréditaire. Ils pourraient s'écrier l'un et l'autre : « Qu'avons-nous fait, ô Zeus, pour cette destinée ? Nos pères ont failli. Mais nous, qu'avons-nous fait ? » Cela et ces vers des *Erynies* pour présenter deux débiles mentaux.

Les prédispositions héréditaires se résument en *deux diathèses* : *arthritique* et *nerveuse*. La famille neuropathique comprend toutes les affections du système nerveux central et du système neuromusculaire organiques ou au contraire sans lésion anatomique appréciable qui sont reliées entre elles par l'hérédité. Et il y a à distinguer à côté de l'hérédité homologue ou similaire, l'hérédité dissimilaire ou de transformation qui s'observe beaucoup plus fréquemment que la première (76). « D'un côté, il y a l'arthritisme formant un arbre dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraine, des affections cutanées, etc. De l'autre côté il y a un arbre nerveux comprenant la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, toutes les catégories de vésanies à forme héréditaire ou autres, la paralysie générale progressive, l'ataxie locomotrice, etc. Les deux arbres vivent en quelque sorte sur le même terrain. Ils communiquent par les racines et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. Si vous avez cette clef, vous comprendrez la plupart des phénomènes qui se passent dans les maladies nerveuses et dont sans cela, vous ne sauriez vous rendre compte... Quand vous vous trouvez devant un sujet atteint de névropathie, vous devez considérer la maladie que vous avez sous les yeux seulement comme un épiscôpe... Le cas n'est qu'un accident dans l'histoire de son mal, de même que chacun de nous n'est qu'un accident dans l'histoire de l'humanité (77). Il revient souvent sur cette possibilité de l'association des diathèses arthritique et nerveuse comme par exemple : la chorée et le rhumatisme (78).

La prédisposition peut être transmise sans que les

parents l'aient manifestée, lorsque diverses causes débilitantes ont agi sur eux. L'alcoolisme, le surmenage intellectuel, les états passionnels transitoires existant au moment de la conception chez les générateurs peuvent créer une prédisposition nerveuse dont hérite le rejeton (79). « L'usage exagéré des boissons alcooliques peut, chez celui qui abuse, supposé vierge de toute tare héréditaire, créer de toutes pièces en quelque sorte, en outre des accidents à proprement parler toxiques, la diathèse nerveuse qui pourra ou non se traduire déjà chez lui, par une forme névropathique nosographiquement déterminée. Une fois constituée, cette diathèse nerveuse artificiellement produite pourra se transmettre aux descendants par voie d'hérédité et faire naître chez eux par le concours de circonstances provocatrices appropriées, tantôt l'une, tantôt l'autre des espèces morbides dont l'ensemble constitue ce que nous appelons la famille neuropathique... On peut en dire autant du saturnisme... » Par exemple le traumatisme peut jouer le rôle de cause occasionnelle, pour révéler la diathèse hystérique qui s'est installée peu à peu, par la modification profonde du système cérébrospinal sous l'influence de l'alcoolisme (80).

La *cause occasionnelle* ne fait donc que mettre en évidence la diathèse sous-jacente. Elle produit des résultats différents suivant les prédispositions différentes des sujets. Ces causes occasionnelles sont morales : chagrins, émotions, surmenage, ou physiques : traumatisme, infections, intoxications, maladies, misère. C'est ainsi que si deux individus ayant l'un un tabes latent, l'autre une goutte latente, se trouvent dans le même accident de chemin de fer, le premier aura une crise tabétique et l'autre un accès de goutte (79). De même, l'hystérie reste toujours la même, qu'elle survienne à la suite du saturnisme, de l'hydrargyrisme, de la typhoïde, de l'alcoolisme, d'un traumatisme, d'une émotion, etc. « En matière d'hystéroneurasthénie, il ne paraît pas que la cause occasionnelle détermine sur les symptômes dont elle provoque l'apparition, une

empreinte particulière, suffisamment originale, pour permettre de deviner quelle a été cette cause, ou même de la conjecturer (82). » Il en est de même en matière de vésanies, de paralysie agitante, d'épilepsie, de chorée, de neurasthénie (83).

Voici ce qu'il dit des *émotions*. « Il est bien certain que la terreur détermine l'apparition de beaucoup de maladies nerveuses et les maladies ainsi produites sont les plus diverses. Une bombe tombe au milieu d'un groupe, ceux qui le forment éprouvent une grande émotion. Chacun a ses tendances : l'un deviendra hystérique, l'autre deviendra paralytique agitant, etc. » (84). « Nous parlons souvent d'émotions morales. C'est un élément étiologique très répandu parmi les névropathes. Seulement, il ne faut pas en abuser... Les malades font souvent des théories qui ne sont pas toujours fondées sur une juste interprétation des faits... L'homme n'aime pas la fatalité. Chacun fait son possible pour en écarter l'idée. C'est dans la famille, parmi les solidaires, comme une conspiration du silence. Ou encore, on vous sert, pour répondre à vos interrogations, une légende fondée sur des mensonges quelquefois involontaires. C'est surtout dans les cas de maladies nerveuses sans lésion organique appréciable, que l'influence étiologique des grandes émotions peut être légitimement invoquée. » (85). Cependant, il admet que les chorées d'origine apparemment émotionnelle sont les plus graves (86), sans doute parce qu'elles surviennent chez des individus profondément tarés. De même l'émotion peut amener la mort chez un individu porteur de grosses lésions nerveuses ignorées, comme ce chef de gare qui mourut d'hémorragie bulbaire en assistant de loin à un accident de chemin de fer (85). Enfin la peur ou une émotion peuvent être la cause, aussi bien que l'humidité ou le froid, d'une paralysie faciale périphérique (87).

Tout ce qui frappe vivement l'esprit ou impressionne vivement l'imagination, favorise singulièrement chez les prédisposés l'apparition de l'hystérie (88).

C'est le cas des pratiques de l'hypnotisme et du spiritisme (89).

Citons encore ce passage où l'on voit indiquées les différences de l'émotion et de la commotion: « Souvent le choc physique a fait défaut, ou n'a pas atteint le malade. Celui-ci n'a été ni commotionné, ni contusionné le moins du monde. Il a seulement éprouvé au moment où l'accident s'est produit, une frayeur plus ou moins vive, une émotion soudaine. On dit alors qu'il y a eu schock nerveux. Cette expression fait image; mais elle ne saurait évidemment signifier autre chose dans l'espèce que: émotion subite. Il faut se garder de la prendre trop à la lettre, et ne pas s'imaginer sous prétexte que dans schock nerveux, il y a schock, qu'un sujet qui devient hystéromeurasthénique par exemple, pour avoir failli d'être tamponné en traversant la voie ferrée, est malade au même titre que tel autre voyageur qui a subi les effets matériels et psychiques d'une collision. Le premier de ces malades n'appartient plus à la série traumatique. Son cas doit être rangé dans la catégorie des hystéries provoquées par une émotion quelconque. Si l'on veut faire passer les faits de cet ordre à l'actif du railwayspinn ou de la névrose traumatique, nous demanderons en quoi le schock nerveux éprouvé par un individu qui voit avec terreur une locomotive arriver sur lui, mais qui peut se sauver à temps, sans être atteint, diffère du schock nerveux de tel autre individu qui apprend tout à coup qu'il a perdu sa fortune ou qui voit périr son fils de mort violente. Dans tout cela où est le traumatisme et partant que devient la névrose traumatique? » (90).

A propos des *intoxications*, on voit la différence que Charcot admet entre les affections où la prédisposition est insignifiante, où par conséquent le toxique a tout créé et celles où, suivant la loi, il n'a rien créé du tout. « Dans la pathologie des phénomènes nerveux saturnins ou alcooliques, il faut distinguer ce qui appartient à l'hystérie provoquée par l'intoxication, des accidents nerveux relevant directement de l'intoxication et qui, lui appartenant en propre, méritent seuls

de porter le nom d'accidents nerveux toxiques. » Il raisonne de même pour le sulfure de carbone, car si l'hystérie est capable de simuler une foule d'états morbides qui lui sont étrangers, il en est d'autres qu'elle ne saurait simuler devant un observateur attentif. (91).

Quant au *surmenage intellectuel*, surtout quand il est accompagné d'excès physiques, il peut créer lui aussi chez un individu resté jusque-là non taré, une prédisposition nerveuse qui pourra se transmettre suivant les lois de l'hérédité (*Mardi*, II, p. 93). Mais d'une façon générale, Charcot ne croit pas au surmenage scolaire (*Mardi*, I, p. 29), car l'enfant, quand il est fatigué, ne prend plus intérêt au travail et cesse de faire effort. Il n'en est pas de même des adultes qui, par la préparation à des concours, peuvent arriver à la neurasthénie ou à la céphalée des adolescents (*Mardi*, II, p. 29).

On voit donc que l'auteur oppose les maladies constitutionnelles aux maladies acquises. Mais la différence entre les deux n'est pas infranchissable. « Les maladies constitutionnelles et diathésiques paraissent être inaccessibles à la pathologie expérimentale. Et comment pourrait-il en être autrement si les conditions de développement de ces maladies sont le plus souvent ignorées du médecin lui-même ! N'oublions pas cependant de relever les analogies qui existent à quelques égards, entre les maladies diathésiques, dites spontanées et certaines intoxications lentes, telles que le saturnisme, l'alcoolisme chronique, que l'on est parvenu à reproduire chez les animaux à l'imitation des affections correspondantes de l'homme. Rappelons également les expériences remarquables à l'aide desquelles mon illustre ami Brown-Séquard produit chez le cochon d'Inde une sorte d'épilepsie transmissible par voie d'hérédité (92). »

Il serait trop long d'exposer l'état actuel de nos connaissances, d'ailleurs guère plus complètes que celles de Charcot en ce qui concerne l'hérédité *psychiatrique*. Les *causes occasionnelles* ne sont pour nous,

comme pour lui, que les agents révélateurs des prédispositions. Dans certains cas, l'apparition d'un trouble mental paraît être incontestablement en rapport avec la perturbation apportée par une maladie incidente, un traumatisme, des émotions. Dans d'autres cas, cette apparition est indépendante de toute cause occasionnelle apparente. Cette différence peut s'expliquer par l'existence de deux prédispositions différentes : défectuosité constitutionnelle de l'équilibre mental statique dans le premier cas, défectuosité constitutionnelle du rythme mental dynamique dans le second (137). (Courbon).

La question des *constitutions* a été récemment mise à l'ordre du jour par les conséquences de l'encéphalite épidémique sur le caractère et non sur l'intelligence des enfants, ainsi que par les publications de Delmas et Boll (134) et de de Fleury (135). Or il semble bien, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer avec mon interne Bauer (136) que la constitution ne soit pas toujours une donnée congénitale. Les analogies entre les diathèses spontanées et certaines affections acquises que signale Charcot, ne pourraient-elles pas être invoquées comme un argument en faveur de notre thèse ?

Rappelons enfin que les constatations de la guerre n'ont fait que confirmer les différences du syndrome émotionnel et du syndrome commotionnel (Clovis Vincent, Mairet et Piéron, Mallet, René Charpentier, Léri).

IV. PATHOGENIE. — Pour Charcot, la suggestion explique la plupart des phénomènes hystériques. « L'idée ou le groupe d'idées suggérées se trouvent dans leur isolement à l'abri du contrôle de cette grande collection d'idées personnelles depuis longtemps accumulées et organisées qui constituent la conscience proprement dite. » « Chez certains sujets, il est possible de faire naître par voie de suggestion, d'intimation, un groupe cohérent d'idées associées qui s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite, restent isolées de tout le reste et peuvent se traduire à l'exté-

rieur par des phénomènes moteurs correspondants. »

Il compare à l'état hypnotique où la suggestibilité est extrême, l'état mental des sujets émus, commotionnés ou intoxiqués (93). Dans tous ces cas, l'auto ou l'hétérosuggestion opèrent. « Remettez-vous dans l'état mental du sujet pendant la soirée et la nuit qui ont suivi l'accident. Egaré, terrifié, tremblant, pleurant comme un enfant, puis rêvant de tonnerres et d'éclairs, sachant qu'il avait été frappé par la foudre et de ce fait paralysé d'un membre, en proie d'ailleurs aux pressentiments les plus sombres, il a dû, dans un pareil état d'esprit qui ne s'éloigne sans doute pas beaucoup de celui que produit l'hypnotisme, compléter, si l'on peut ainsi parler, la paralysie hystérique déjà existante et l'amplifier en conséquence d'une auto-suggestion ou d'une sorte de rumination mentale (95). »

Cette phase de rumination mentale, de méditation a été signalée depuis dans la plupart des syndromes purement fonctionnels. Voir les discussions de la séance de neurologie pendant la guerre.

Quant au rôle de la suggestion elle-même, c'est en ne considérant comme hystériques que les seuls troubles qu'elle peut guérir et produire que Babinski démolit l'entité clinique de son maître. Il démembra l'hystérie, en la réduisant au seul pithiatisme. Cette conception du pithiatisme fut extrêmement lumineuse. Mais cependant, même sans y compter les troubles nerveux réflexes de Babinski et Froment, il est encore des perturbations fonctionnelles dont on ne saisit par le déterminisme physique avec netteté, et qui échappent néanmoins à la suggestion. Janet considère toujours l'hystérie comme une névrose dont la suggestion n'est pas le seul agent provocateur ni curateur et pense que l'émotion seule est suffisante à la faire naître. Entre le suggestible simple et l'hystérique, il y a pour différence que le second présente une malléabilité, une plasticité organique, disait Sollier (138), une mythoplasticité précisent Dupré et Logre (139) que n'a pas le premier. La nature exacte de ce substratumorganique est encore

difficile à identifier. « Il ne s'agit pas d'une modification psychologique vague, mais bien d'un changement moléculaire, d'une modification matérielle non seulement de l'écorce, mais aussi des ganglions de la base et des centres cérébraux », écrit Henri Colin (140). Pour Sollier (128), le plus énergique défenseur de la pathogénie physiologique de l'hystérie, celle-ci « n'est pas tant une maladie qu'une manière de fonctionner du cerveau. C'est une tendance constitutionnelle du système nerveux à conserver les attitudes qu'il a prises sous diverses influences ». Hartenberg (141) considère également l'hystérie comme une disposition mentale, une disposition hypérimaginative ; mais il fait remarquer qu'une évocation d'image est un phénomène physiologique constitué par des variations circulatoires, des vibrations, des désintégrations moléculaires, des opérations chimiques de la substance cérébrale.

Retenons d'autre part qu'il est maintenant établi que de simples spasmes sans cause matérielle connue peuvent entraîner des troubles fonctionnels durables, crus jadis imaginaires ou simulés. Tel le cas de myopie par spasme de l'accommodation, rapporté par Rochon-Duvigneau (142). Tel le cas des surdités de Lermoyez (143), dont la guérison s'annonce par du vertige. Ces faits ainsi que les beaux travaux de Leriche sur la chirurgie du sympathique orientent les recherches dans une voie nouvelle. Qu'on se rapporte à l'article de Sollier : « A propos du vertige qui fait entendre. » Et qu'on lise les discussions de la Société de neuro-oto-oculistique de Strasbourg, à propos des communications de Barré en 1924.

Enfin signalons, en terminant, l'explication très clinique que Georges Dumas (145) donne de cette parenté signalée par Charcot entre l'état hypnotique et les états mentaux des émotionnés, des intoxiqués, des traumatisés. C'est la confusion mentale qui fait la communauté de tous ces cas, et qui conditionne la suggestibilité.

V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Charcot, fondateur de la méthode anatomo-clinique, fut l'apologiste de l'anatomie pathologique : « Le caractère de la révolution de la nouvelle médecine, dit-il, consiste essentiellement dans l'intervention directe, immédiate, nous ajoutons légitime, de l'anatomie et de la physiologie dans le domaine pathologique » (96). — « L'anatomie pathologique offre d'abord un caractère purement pratique... fournir à la nosologie pour la détermination des composés morbides, des caractères plus accentués, plus fixes, plus matériels, si l'on peut ainsi dire, que ne le sont les symptômes eux-mêmes... Mais l'étude des lésions peut être adaptée à un autre point de vue et prétendre à des visées plus hautes, en quelque sorte plus scientifiques. Elle peut, en d'autres termes, avec le concours des données expérimentales, fournir les bases d'une interprétation rationnelle ou, autrement dit, physiologique des phénomènes morbides (97) ».

La notion capitale qu'établit Charcot fut qu'en fait d'affection du système nerveux, l'appareil symptomatique est tout entier sous la dépendance, non de la nature, mais du siège de la lésion. Et cette notion de l'importance du siège de la lésion domine toute l'histoire contemporaine de la neurologie (Déjerine).

Il est inutile d'insister aujourd'hui sur l'importance de l'anatomie pathologique, dont la valeur, en ce qui concerne le système nerveux, fut longtemps méconnue, puisque des cliniciens, comme Trousseau, considéraient l'ataxie locomotrice comme une névrose, interprétant les lésions trouvées à l'autopsie comme la conséquence éloignée et nullement nécessaire d'un trouble fonctionnel prolongé (98). Du temps de Charcot, « l'épilepsie, l'hystérie, même la plus invétérée, la chorée, bien d'autres états morbides qu'il serait trop long d'énumérer, s'offraient encore comme autant de sphynx qui défiaient l'anatomie la plus pénétrante... Quelques-uns ne voyaient dans plusieurs de ces affections qu'un assemblage de phénomènes bizarres, incohérents, inaccessibles à l'analyse, et qu'il vaudrait

mieux peut-être reléguer dans le domaine de l'incognitable (99). »

C'est pour mettre de l'ordre dans ce chaos et pour le rendre intelligible que Charcot invente le concept de la lésion dynamique, altération réelle, mais imperceptible des centres nerveux. Le rôle de cette lésion a été exposé plus longuement à propos de la psychophysiologie de Charcot (11).

On a déjà indiqué au paragraphe de la méthode toute la complication du problème anatomo-pathologique en psychiâtrie. On trouvera également à l'article sur la psychophysiologie de Charcot la représentation qu'il se fait de l'état des centres sensoriels et moteurs chez les hallucinés et chez les onomatomanes.

VI. THERAPEUTIQUE. — Comme traitement des états hystériques et neurasthéniques, qui sont ceux qu'il a le plus fréquemment rencontrés, Charcot préconise les pratiques suivantes :

La psychothérapie. — La plus efficace consisterait dans la production d'émotions vives, capables de frapper l'imagination du sujet, comme le font les cérémonies religieuses (100). C'est pour cela que les pèlerinages peuvent être efficaces. Mais ce n'est pas applicable à tout le monde. Il faut renoncer aux opérations simulées (100) qui, si elles échouent, compromettent irrémédiablement le prestige du médecin. Pour les mêmes raisons, celui-ci ne doit pas non plus annoncer à grand fracas la date exacte où arrivera la guérison qu'il assure (101). L'hypnotisme est à recommander pour les sujets qui l'acceptent, mais il échoue souvent chez les hommes (102). Le plus simple est de persuader avec autorité et sans crainte de se répéter. Par exemple (103), en cas de paralysie hystérique, il faut faire exécuter tous les mouvements dont le sujet est encore capable, pendant peu de temps pour ne pas le fatiguer, mais très souvent pendant la journée, pour ne pas perdre le gain acquis. C'est qu'en effet les conditions organiques qui président normalement à la pro-

duction de l'image mentale du mouvement ont été troublées. Ce trouble est dû à l'action inhibitrice exercée sur les centres moteurs corticaux par l'idée d'impuissance motrice. La répétition des exercices dynamométriques a pour effet de raviver dans les centres la représentation motrice, condition préalable de la mise en jeu de tout mouvement volontaire.

La rééducation motrice, l'électrisation (104), l'hydrothérapie, l'application des agents esthésiogènes, le massage doivent également être employés.

Mais c'est surtout sur l'*isolement*, c'est-à-dire sur la soustraction du malade aux influences du milieu et de la société dans laquelle il vivait que Charcot insiste pour le traitement de l'hystérie et de la neurasthénie.

Il recommande peu les *médicaments* et déclare le bromure inutile dans l'hystérie.

Mais surtout, il faut conformer sa conduite à la mentalité particulière du sujet, et se servir de lui pour le faire se guérir lui-même. C'est ainsi que l'on ne devra pas hésiter à faire appel à ses convictions religieuses, comme le recommande Charcot dans son article sur la Foi qui guérit, article qui fut son ultime publication. « La foi qui guérit appartient entièrement à l'ordre scientifique, où les faits bien et sincèrement étudiés, groupés en faisceaux pour conclure, sont les seuls arguments que l'on puisse admettre... La foi qui guérit et son aboutissant, le miracle, sans attacher à ce mot aucune autre signification que celle d'une guérison opérée en dehors des moyens dont la médecine curative semble disposer d'ordinaire, — répondent à une catégorie d'actes qui n'échappent pas à l'ordre naturel des choses. Le miracle thérapeutique a son déterminisme, et les lois qui président à sa genèse et à son évolution commencent à être sur plus d'un point suffisamment connues. La compréhension plus nette de ces déterminations mettent de plus en plus à notre disposition les grandes ressources de la foi qui guérit... La guérison d'apparence particulière produite par la foi, appelée miracle, est, on peut le démontrer, dans la majorité des cas un phénomène naturel, qui s'est pro-

duit de tous temps et se produit sous toutes les latitudes, toutes les civilisations les plus variées (105). »

Les faits miraculeux ont pour caractère d'être engendrés par une disposition particulière d'esprit (confiance, crédibilité, suggestibilité constitutives), dont la mise en branle est d'ordre variable. Et le domaine de la foi qui guérit se limite aux cas morbides, dont la guérison n'exige aucune autre intervention que celle de la puissance de l'esprit sur le corps. En somme, la foi ne guérit que des sujets spéciaux, suggestibles, c'est-à-dire surtout des hystériques, ayant des maladies spéciales de nature psychique, paralysies, contractures, convulsions, et même ulcères, tumeurs, œdèmes. On sait en effet que Charcot admettait l'existence de troubles trophiques de nature hystérique.

Toutes ces recommandations concernant l'art de la psychothérapie sont d'une utilité toujours quotidienne. Et le médecin dont les cures sont le plus nombreuses, est celui qui les met le mieux en pratique.

CONCLUSIONS. — On voit donc que les psychiatres peuvent trouver dans l'enseignement de Charcot, surtout dans ses *Leçons du Mardi*, que recueillirent avec un zèle si intelligent son fils et ses élèves Blin et Colin, le plus précieux enseignement. Avant tout, s'efforcer de bien observer ; ensuite penser physiologiquement, se méfier des étiologies fantaisistes, ne négliger aucun détail du tableau clinique, savoir manier la thérapeutique, se contrôler par l'autopsie, ne négliger aucune des branches de la médecine, et autant que possible se tenir au courant du mouvement des idées en toute matière.

L'exemple de la fortune de son œuvre n'est pas moins instructif. Ce qui n'a pas survécu, est ce qui avait été construit en violation des principes posés par le maître lui-même.

Lorsqu'il croyait avec ses contemporains faire une médecine expérimentale véritable à l'aide de l'hypnotisme, il ne remarquait pas qu'au lieu de commencer

par observer, il créait d'abord ce qu'il voulait voir. En faisant ensuite la théorie pathogénique des phénomènes ainsi constatés, il péchait contre son propre commandement, car il enseignait qu'on doit se méfier de l'auto-suggestion : « Sans doute l'interprétation pathogénique est un point de la plus haute importance ; c'est en quelque sorte le couronnement de toute construction pathologique. Mais encore faut-il, avant de songer à élever l'édifice, avoir sondé de toutes parts le terrain sur lequel on veut l'asseoir et s'être assuré de la valeur des matériaux qu'on va mettre en œuvre. » (148).

Lorsqu'enfin, pour expliquer l'amblyopie croisée, que l'on ne retrouve plus aujourd'hui dans les lésions organiques d'un hémisphère, il inventait l'entrecroisement des fibres homolatérales du nerf optique dans les tubercules quadrijumeaux, il commettait une faute contre laquelle il avait prémuni les autres. « Il importe de ne jamais confondre l'anatomie problématique avec l'anatomie réelle. » (149).

Mais ces erreurs sont bien peu de choses à côté de l'ordre et de la clarté qu'il a fait régner dans le chaos qu'étaient avant lui les affections nerveuses. Il était le premier à reconnaître que rarement notre science n'est absolue, mais ce lui était une raison de plus pour inciter au travail.

Aussi est-ce par une des plus belles phrases de l'animateur que fut Charcot, phrase que chacun de nous devrait prendre pour devise, qu'il convient de terminer cette rapide étude sur l'une des plus belles parties de son œuvre : « Le scepticisme banal qu'on oppose si volontiers à tous les progrès de l'esprit humain est un oreiller commode aux bêtes paresseuses, mais à l'époque où nous vivons, il n'est plus temps de s'endormir. » (150).

Paul COURBON.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) *Leçons du mardi*, I, p. 230. — (2) *Leçons du mardi*, II, p. 420. — (3) *Leçon du mardi*, I, p. 272. — (4) *Leçon du mardi*, I, p. 123. — (5) *Leçon du mardi*, II, p. 257. — (5) *Leçon du mardi*, I, p. 448. — (6) *La médecine moderne et la médecine ancienne. Œuvres de CHARCOT*, VII, p. 5. — (7) *Leçon de mardi*, II, p. 21. — (8) *Leçon de mardi*, II, p. 395. — (9) *Leçon de mardi*, I, p. 160 et II, p. 322. — (10) *Œuvres de CHARCOT*, VII, introduction. — (11) COURBON, La psychophysiologie de Charcot, Société médico-psychol., mai 25. — (12) *Œuvres*, II, p. 22. — (13) *Œuvres de CHARCOT*, III, p. 9. — (14) *Leçon du mardi*, I, p. 213. — (15) *Œuvres de CHARCOT*, III, p. 9. — (16) *Leç. du mardi*, II, p. 24. — (17) *Leç. du mardi*, I, p. 749. — (18) *Leç. du mardi*, II, p. 2. — (19) *Leç. du mardi*, II, p. 361. — (20) *Leç. du mardi*, I, p. 152. — (21) *Leç. d. m.*, I, p. 415. — (22) *Leç. d. m.*, I, p. 156. — (23) *Leç. d. m.*, I, p. 356. — (24) *Œuvres*, IX, p. 245. — (25) *Leç. d. m.*, I, p. 231. — (26) *Œuvres de CHARCOT*, III, p. 380. — (27) Voir plus bas, à propos de la névrose traumatique. — (28) *Œuvres de CHARCOT*, IV. — (29) *Œuvres de CH.*, IX, p. 421. — (30) *Leç. d. m.*, I, p. 450. — (31) *Leç. d. m.*, I, p. 106 et II p. 5. — (32) *Leç. d. m.*, II, p. 16. — (33) *Leçon du mardi*, II, p. 463. — (34) PARCIVAL BAILEY : Myokymie, *Revue neurol.*, janv. 25. — (35) *Œuvres de CHARCOT*, II, p. 94. — (36) *Leçon du mardi*, II, p. 384 et 541. — (37) *Leçon du mardi*, II, p. 372. — (38) *Leçon du mardi*, II, p. 298. — (39) BALLE : *Le langage intérieur*, p. 64. — (40) *Leçon du mardi*, I, p. 349. — (41) COURBON : *Revue neurol.*, 1925. — (42) *Œuvres de CHARCOT*, III, p. 192. — (43) *Leçon du mardi*, II, p. 324. — (44) *Œuvres*, III, p. 15. — (45) *Mardi*, II, p. 428. — (46) *Mardi*, II et I, *passim*. — (47) *Mardi*, II, p. 50. — (48) *Mardi*, II, p. 188. — (49) *Mardi*, I, p. 137. — (50) *Œuvres*, III, p. 336. — (51) *Œuvres*, III, p. 451. — (52) *Mardi*, I et II, *passim*. — (53) *Œuvres*, III, p. 253. — (54) *Mardi*, II, p. 36. — (55) *Œuvres*, III, p. 397. — (55) *Œuvres*, III, p. 109. — (56) *Mardi*, I, p. 198. — (57) *Œuvres*, III, p. 373. — (58) *Mardi*, I, p. 120. — (59) *Mardi*, II, p. 96. — (60) *Mardi*, I, p. 433. — (61) *Mardi*, I, p. 165. — (62) *Mardi*, II, p. 369. — (63) *Mardi*, II, p. 432. — (64) *Mardi*, II, p. 5. — (65) *Mardi*, I, p. 87. — (66) *Œuvres*, III, p. 78 et *Mardi*, I, p. 87. — (67) *Mardi*, I, p. 276. — (68) *Mardi*, II, p. 151. — (69) *Mardi*, I, p. 375. — (70) *Mardi*, I, p. 330. — (71)

Mardi, II, p. 420. — (72) *Œuvres*, III, p. 388. — (73) Mardi, I, p. 435. — (74) Mardi, I, p. 8. — (75) Mardi, II, p. 392. — (76) Mardi, I, p. 410. — (77) Mardi, I, p. 32. — (78) Mardi, II, p. 115. — (79) Mardi, II, p. 93 et 48 et 355 et 52 et 403 et Mardi, I, p. 179. — (80) Mardi, II, p. 35. — (81) Mardi I, p. 32 et II, p. 121. — (82) Mardi, II, p. 297. — (83) Mardi, II, p. 30. — (84) Mardi, I, p. 318. — (85) Mardi, I, p. 146. — (86) Mardi, II, p. 129. — (87) Mardi, I, p. 359. — (88) *Œuvres*, III, p. 229. — (89) *Œuvres*, IX, et Mardi, II, p. 254. — (90) Mardi, II, p. 535. — (91) Mardi, II, p. 52. — (92) *Œuvres*, VII, p. 29 de la préface. — (93) *Œuvres*, III, p. 451. — (94) Mardi, II, p. 375. — (95) Mardi, p. 458 — (96) *Œuvres*, VII, préface. — (97) *Œuvres*, IV, p. 181. — (98) *Œuvres*, II, p. 3. — (99) *Œuvres*, III, p. 15. — (100) *Œuvres*, III, p. 394. — (101) Mardi, I, p. 286. — (102) Mardi, II, p. 381. — (103) *Œuvres*, III, p. 350. — (104) *Œuvres*, III, p. 240. — (105) La foi qui guérit, *Progrès médical*, 1894. — (106) Mardi, I, p. 160. — (107) DUMAS, *Traité de psychologie*, Alcan, 1924. — (108) BLONDEL, *Journal de psychologie*, 1925, p. 236. — (109) PIÉRON, *Le cerveau et la pensée*, Alcan, 1924. — (110) LAIGNEL-LAVASTINE, *Le sympathique*, Alcan, 1924. — (111) *Soc. de psychiatrie*, 1920 à 1925. — (112) CLAUDE, *Réunions biologiques de Ste-Anne*, années 1922 et suivantes. — (113) H. COLIN, *Congrès des aliénistes et neurol.*, 1924. — (114) *Œuvres*, IV, p. 325. — (115) Mardi, I, p. 117. — (116) Mardi, II, p. 316. — (117) Mardi, II, p. 317. — (118) Mardi, I, p. 117 et, II, p. 303. — (119) Mardi, I, p. 122 et, II, p. 325. — (120) Mardi, II, p. 327. — (121) Mardi, II, p. 36. — (122) BABINSKI et FROMENT, *Hystérie et troubles réflexes*, Masson, 1917. — (123) MEIGE et BÉNISTY. — (124) PIÉRON. — (125) *Réunion neurolog.*, juillet 1920. — (126) ANGLADE, *Congrès des aliénistes et neurolog*, Quimper, 1922. — (127) LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON, *Soc. de neurol.*, mai 1917. — (128) SOLLIER, *Neurologie de guerre*, Alcan, 1918. — (129) LOGRE, *Traité de Sergent*, tome VII. — (130) *Soc. de neurolog*, 1909. — (131) SOUM, *Thèse de Bordeaux*, 1912. — (132) MASSELON, les Psychoses associées, *Annales méd.-psychol.*, 1912. — (133) COURBON, Démence précoce et psychose maniaque dépressive. Psychoses associées, *Encéphale*, 1913, et Diagnostic des états psychopathiques atypiques, *Encéph.*, 1920. — (134) DELMAS et BOLL, *La personnalité humaine*. — (135) DE FEURY, *Soc. de psychiatrie*, 1923. — (136) COURBON et BAUER, Etiologie des constitutions, *Congrès des alién. et neurol.*, Besançon, 1923. — (137) COURBON, Dualité étiologique du

rythme et de l'équilibre, *Encéphale*, 1923. — SOLLIER et COURBON, *Sémiologie pratique des maladies mentales*, Masson, 1924, p. 166. — (138) SOLLIER, *Hystérie et son traitement*, 1908, Alcan. — (139) DUPRÉ et LOGRE, *Hystérie et morphinomanie*, *Congrès d'Amiens*, 1911. — (140) H. COLIN, *Etat mental des hystériques*, *Traité de pathologie mentale de Ballet*. — (141) HARTENBERG, *Hystérie et hystériques*, Alcan, 1910. — (142) ROCHON-DUVIGNAUD, *Rev. neurolog.*, 1915. — (143) LERMOYEN, le vertige qui fait entendre, *Presse médicale*. — (144) SOLLIER, A propos du vertige qui fait entendre, *Presse médicale*, 3 juillet 1919. — (145) G. DUMAS, *Traité de psychologie*, Alcan, II. — (146) BALLET, *Congrès de Clermont-Ferrand*, 1894. — (147) LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON, *Stéréotypies consécutives aux émotions du champ de bataille*, *Soc. méd.-psychol.*, mai 1916 et *Etat second par émotions de guerre*, *Soc. méd.-psychol.*, avril 1917. — (148) *Œuvres*, II, p. 323. — (149). *Œuvres*, II, p. 22. — (150) *Leçon sur la médecine scientifique et la médecine empirique*, *Œuvres*, VII.

L'INDIFFÉRENCE ET LE NÉGATIVISME SCHIZOMANIAQUES

PAR

Henri CLAUDE,

et

Gilbert ROBIN,

Professeur de la Clinique
des maladies mentales

Chef de clinique adjoint
de la Faculté

Les psychiatres français sont encore loin d'être d'accord, non seulement sur les rapports de la démence précoce kraepelinienne et de la schizophrénie de Bleuler, mais aussi sur les limites exactes de la *schizomanie*, notion française et remaniée de la schizophrénie bleulérienne. Les raisons en sont simples. L'une est essentielle, car elle touche à un point très important de nosographie, la seconde, moins compliquée, tient à une question de terminologie. La schizophrénie de Bleuler, outre les psychoses diverses qu'elle comprend, englobe *tous* les cas de démence précoce dans son explication psychopathogénique. Cette conception, trop arbitrairement généralisée s'aliène tous les auteurs qui se fient à juste titre aux données de l'anatomo-pathologie (Lhermitte, Dide, Guiraud, Lafarge, Joséphy, etc.) et de la neurologie (rapport du syndrome catatonique avec les syndromes parkinsonien et choréique) (1), reconnaissent à la démence précoce type Morel et type Kraepelin des bases organiques, que celles-ci soient d'ordre biologique, toxi-infectieux ou anatomique. Les idées de Bleuler ont reçu d'indiscutables vérifications cliniques, mais non dans toutes les formes de schizophrénie qu'il a décrites. Elles ne peuvent s'appliquer

(1) H. CLAUDE. — La catatonie. *Paris médical*, 18 oct. 1924. — L'activité sous-corticale. Conférence faite au Grand Amphithéâtre de la Faculté, mars 1925.

rigoureusement qu'à un petit nombre de cas, ceux qu'il vise dans sa *schizophrénie simple*.

Aussi, partant du concept de schizophrénie et nous appuyant sur la notion de schizoïdie due à Kretschmer, avons-nous décrit, *hors* de la démence précoce, une schizomanie qui ne comprend dans la schizophrénie de Bleuler que la schizophrénie simple. C'est parce que nous avons employé un terme qui, étymologiquement, ressemble à celui de Bleuler et parce que nous admettons qu'à un certain degré de désagrégation psychique, l'individu arrive à une démence spéciale dite schizophrénique, qu'on n'a pas bien saisi nos profondes divergences avec Bleuler. Pour nous, la démence précoce n'est pas la schizophrénie, comme elle l'est toute entière pour le psychiatre de Zurich, et les idées de Bleuler ne s'appliquent qu'à des cas, somme toute assez rares, que nous rangeons dans la schizomanie.

Mais nos contradicteurs nous objectent qu'il est très difficile, malgré la justesse de nos vues théoriques, de faire la discrimination clinique entre les déments précoces et les schizomanes. Nous avons montré dans nos travaux antérieurs en quoi ils différaient de nature les uns des autres. Il importe de préciser ce qui sépare ces deux groupes en analysant des symptômes communs aux deux affections. Une observation, qui nous paraît probante, nous fournit aujourd'hui l'occasion de nous occuper de l'*indifférence* et du *négativisme* et nous verrons comment ces deux symptômes qui, observés superficiellement auraient pu être rattachés au syndrome hébéphrénocatatonique, ont des caractères essentiellement différents dans la schizomanie où leur nature psychogène peut être démontrée. Auparavant nous aurons discuté en détail les raisons du diagnostic de schizomanie à propos de cette malade qui offre du reste, on va le voir, un exemple du degré où peuvent atteindre les dissentiments familiaux.

Jeanne R. est une jeune fille âgée de 32 ans.

Une tante du côté de sa mère a été internée à l'asile de Vaucluse où elle est morte. Jeanne eut des convulsions dans l'enfance. Son caractère irascible l'empêchait de sympathiser avec les enfants de son âge. Elle était triste et solitaire, et ses parents la voyaient souvent plongée dans de longues rêveries. On l'avait surnommée « La Princesse ».

Très intelligente, très travailleuse, elle passa avec succès le brevet supérieur. Elle joue, paraît-il, merveilleusement du piano.

Vers l'âge de 10 ans, elle commença à se montrer jalouse de sa sœur, qui est plus jeune et plus jolie qu'elle, et se détacha peu à peu de ses frères et de ses parents. Elle ne leur disait pas bonsoir, ne les embrassait pas, mais c'est surtout depuis deux ans que les choses ont pris des proportions vraiment troublantes et inquiétantes pour son entourage.

Elle refuse d'accompagner ses parents à la promenade, ou, si elle est obligée de sortir avec eux, marche à l'écart. A table, elle mange à la hâte, l'air hostile, n'ouvrant la bouche que pour injurier les uns ou les autres, disant « Ta gueule » à sa mère, frappant sa sœur, lui arrachant les cheveux, à tel point que celle-ci a dû quitter le toit paternel pour se réfugier ailleurs. Elle déteste ses frères, à l'exception de l'ainé, qui est capitaine d'artillerie, ce qui flatte son amour-propre. Le père n'a jamais voulu laisser sa femme seule avec sa fille. Il craint un malheur. Du reste, loin qu'il soit lui-même épargné, elle lui ferme brusquement à son nez la porte de sa chambre pour qu'il ne puisse pas voir ce qui s'y passe. Si elle fait de la musique et qu'il vienne à rentrer, aussitôt elle ferme violemment le piano. Elle traite son père de gâteux, déclare qu'elle est dégoûtée de vivre avec des vieux et qu'un jour elle l'empoisonnera ou le tuera à coups de revolver.

Elle entre sans raisons apparentes dans de violentes colères au cours desquelles elle brise la vaisselle et le mobilier. Bien qu'elle ait refusé il y a un an le parti qu'on lui proposait, elle vocifère que sa famille est ligüée contre elle, qu'on ne veut pas la marier. Elle prétend que c'est idiot de travailler et reste toute la journée à rêver dans sa chambre, qu'elle ne nettoie ni ne balaie jamais, « un vrai chenil », nous a dit son père. Négligeant sa mise, qui est tout à fait en désordre, elle passe au contraire la plus grande partie de son temps à s'enduire le corps et le visage de pommades,

de fards et de poudres. Il paraît qu'elle fait une consommation considérable de brosses à dents.

En raison de cette inactivité, et surtout de cette haine tenace vis-à-vis de sa famille, Jeanne a été conduite à l'asile Ste-Anne le 24 juin 1924. Mais elle ne vient qu'en rechignant dans notre bureau. Elle a des mouvements d'humeur, s'assied brusquement, refuse de regarder en face, tourne le dos, se cache la tête dans ses mains, présentant un tableau très poussé d'éreutophobie. On peut dire que nous n'avons pas encore vu le visage de notre malade. Elle s'oppose à tous les mouvements qu'on lui demande d'accomplir, se montre hostile avec tout le monde, et, si on insiste pour lui faire faire un acte, se lève brusquement, en proie à la plus vive colère, et sujette à des réactions impulsives.

Ses cheveux en broussaille lui cachent les yeux et la moitié du visage. Elle a dans les mains des mouvements nerveux d'agacement et passe son temps, quand on l'interroge, à rajuster sa chevelure avec des épingles.

Par intervalles, elle pleure. Elle a des réactions anxieuses, le visage contracté, les mains pressées l'une contre l'autre. Elle semble gênée, intimidée, malgré ses airs hostiles. Son esprit est concentré sur une idée ou sur un ensemble d'idées qu'elle ne veut ou ne peut livrer, et une grande activité psychique sous-jacente se laisse aisément deviner chez cette malade.

Elle s'irrite, trépigne sur place quand on insiste pour l'interroger : « Laissez-moi m'en aller, dit-elle. Non, je ne déteste pas ma famille. Mais elle ne s'occupait pas de moi. Elle n'a rien fait pour me marier. J'aurais dû faire ma vie. Maintenant, tout m'est indifférent ; tout m'est égal, je ne tiens plus à rien. »

Cependant on a nettement l'impression que cet aveu d'indifférence cache une affectivité intense, certes perturbée, mais non *quantitativement* altérée. Pendant deux mois, Jeanne est restée enfermée, boudeuse, irascible, ne répondant aux questions que par monosyllabes, ne travaillant pas ou faisant quelques travaux de copie émaillés de fautes d'omissions qui prouvent une attention suspendue. Dans l'ensemble paraissant concentrée, méfiante et douloureuse.

Cet état s'est sensiblement amélioré depuis 10 mois que nous l'observons. Elle répond plus docilement à notre interrogatoire, mais l'éreutophobie entraîne les mêmes réactions forcenées d'opposition. Elle reçoit mieux sa famille et, sans être affectueuse, n'insulte plus, ne rabroue plus comme elle le faisait son père et sa mère.

Dans le but de venir à bout de la réticence de la malade et de cette sorte d'inhibition qui empêche l'expression exacte, lorsque la réticence cesse momentanément, nous avons employé le procédé qui nous donne souvent, dans les cas de schizomanie et de psychoses affectives, de précieux renseignements : l'*éthérisation* (1). Pendant la phase de relâchement psychique qui suit habituellement l'anesthésie, Jeanne a répondu à quelques questions conductrices que nous lui avons posées :

« Non, je ne suis pas heureuse. Mais qu'on me laisse. Tout m'indiffère. Qu'on me laisse aller chez moi, je m'arrangerai, je travaillerai. Avant je n'osais pas, par timidité. Je ne mène pas une vie normale. »

« On préfère ma sœur. Ça a toujours existé : ça m'est égal, je n'en veux pas à mes parents. On m'accuse de détester ma famille. Ce n'est pas parce que je suis renfermée que je ne l'aime pas. Mais mes parents ont toujours eu du parti pris. Je ne suis pas méchante. J'en ai peut-être l'air, mais je ne le suis pas. »

« On n'a jamais rien fait pour me marier. C'est la cause de ma mauvaise humeur. J'ai eu une désillusion... j'espérais... »

« Vous pouvez me garder cent ans, vous ne saurez rien parce qu'il n'y a rien. J'ai cru que ma vie était finie. Je ne me rendais plus compte de ce que je faisais. Je me suis laissée enfoncer. »

Une autre fois, nous lui demandons pourquoi elle se cache le visage et ne regarde jamais en face, et, après une heure d'interrogatoire pressant, elle avoue avec beaucoup de gêne :

« Je ne regarde pas la face parce que j'ai peur de rougir... je rougis depuis l'âge de douze ans. » Ajoutons qu'elle n'a pas pris cette attitude dès l'âge de douze ans. Cette réaction est assez récente.

La malade, mise en confiance, a fini par nous avouer qu'elle avait connu avant la guerre un jeune ingénieur, ami de sa famille, avec qui elle pensait se marier. Toujours est-il qu'elle ne confia pas ses sentiments à ses parents qui

(1) CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Un nouveau procédé d'investigation psychologique : L'Éthérisation. Réunion bio'ogique de Neuropsychiatrie, à l'Asile Ste-Anne, 1924.

A paraître sur la même question, un article de CLAUDE et ROBIN, *Encéphale*, juin 1925.

sont toujours restés dans l'ignorance de cette aventure sentimentale. Elle devint la maîtresse de ce jeune homme peu de temps avant la guerre, le revit pendant les hostilités quand il venait en permission. Leurs relations continuèrent jusqu'en 1919, date à laquelle elles prirent fin sans que Jeanne sache pourquoi, sans qu'elle ait essayé, malgré son chagrin, de revoir son amant et lui ait écrit. Il s'est marié depuis.

Profondément affectée, peu à peu elle se laissa aller au découragement, refusa de sortir, se négligea, devint haineuse à l'égard de sa famille à laquelle elle reprochait de n'avoir rien fait pour la marier, marquant d'un caractère morbide ses tendances naturelles à l'isolement, la concentration, la rêverie, à la jalousie vis-à-vis de sa sœur. Persuadée que le malentendu vague, mal formulé, qui l'avait toujours tenue à quelque distance de ses parents ne ferait que s'accroître si elle avouait son chagrin, puisque la malade nous a dit que sa famille « ne la comprenait pas, ne l'avait jamais comprise », elle semble l'avoir mêlée au malheur qui l'a accablée, l'en avoir considérée comme responsable, pour des raisons qui peuvent être tenues pour peu valables devant la logique formelle, mais qui dans le psychisme profond de la malade paraissent soumises à une logique affective singulièrement serrée, si l'on en juge d'après son attitude.



Le diagnostic se déduira aisément des faits cliniques.

Cette jeune fille qui, depuis deux ans, par suite de la rupture d'une liaison, vit confinée, renfermée, triste, pleure souvent, se montre opposante, n'en ferait-on pas une mélancolique ? Mais si elle est triste, elle n'est pas abattue. Non seulement, la lucidité est conservée, les perceptions précises et complètes, l'attention et l'idéation intactes, mais il existe une activité psychique très intense chez cette malade, une volonté bien arrêtée de ne rien livrer d'elle-même, de s'isoler, de s'opposer à tout ce qu'on lui demande. Elle est le contraire de l'inertie. Si nous avons parlé d'inhibition, nous avons ajouté qu'il s'agissait d'une sorte d'inhibition spéciale, par à-coups, analogue par bien des points au « barrage »,

aux arrêts de Bleuler (Sperrungen) qu'il faut mettre sur le compte de la concentration autistique chez notre malade ; d'autre part, on ne note pas de troubles cœnesthésiques, la santé générale est excellente. Pas de traces d'idées délirantes mélancoliques. Ce n'est pas une humble, c'est bien plutôt une orgueilleuse.

Serait-ce donc une persécutée, et une persécutée qui serait singulièrement réticente ? Ne croit-elle pas en effet, dans sa méfiance, que personne ne l'aime, qu'il existe de la part de ses parents un parti pris contre elle ? Mais elle procède, dans ses affirmations, par un mécanisme purement intuitif, sans le secours d'interprétations ou d'hallucinations. Malgré la susceptibilité de cette malade qui fait penser par endroits à une paranoïaque, nous ne relevons aucun délire net, malgré la très longue durée de l'évolution morbide chez un sujet particulièrement intelligent et apte à bâtir un système délirant. Elle ne cherche pas à lutter contre sa famille, elle s'isole, se renferme. Son hostilité, quoi qu'on ait dit, est plus passive qu'active. En somme, sans nier l'élément paranoïaque chez notre sujet, il ne nous paraît pas essentiel.

La prédominance des caractères de haine familiale dans le tableau clinique pourrait faire penser qu'il s'agit d'une perverse constitutionnelle, attendu que nous avons déjà trouvé des tares psychopathiques dans l'hérédité de cette malade. Mais ces caractères se sont développés tardivement. Si Jeanne R., n'a jamais été une enfant carressante, affectueuse, elle n'a jamais présenté ni perversions, ni amoralité. Il n'existe aucune atrophie des sentiments altruistes et du sentiment de la dignité individuelle. Si Jeanne R... a eu avec les siens des dissentiments sur la genèse desquels il est difficile de faire de la lumière, il ne s'ensuit pas qu'elle ait l'indifférence qui caractérise le pervers. Au contraire, elle souffre d'une surcharge affective. C'est une émotive constitutionnelle. Son éreutophobie tend à le prouver.

Le diagnostic d'hébéphréno-catatonie rallierait sans doute les suffrages, devant ces attitudes bizarres, ces

coquetteries anormales approchant du maniérisme, le négativisme, l'indifférence avec perversions affectives, le mutisme, les réactions impulsives. Mais dans l'ordre intellectuel, il n'existe aucune désagrégation, les réponses sont toujours adéquates et pertinentes. Les associations d'idées se font selon un jeu normal et ne sont pas ralenties. Jeanne comprend très vite la moindre allusion, la moindre ironie à son sujet. Elle n'est jamais incohérente, n'a pas de stéréotypies, d'écholalie, etc... Ces réactions de la malade: mutisme, impulsions vives, négativisme, désaffection, inactivité attirent de suite l'attention sur ce fait très important qu'elles ne sont jamais discordantes et sont contingentes avec le moi profond du sujet orienté d'une manière morbide, selon un mode de pensée *autiste*.

En effet, n'avons-nous pas noté que Jeanne fut dans l'enfance, sombre, triste, renfermée, un peu paranoïaque si l'on se souvient qu'elle était ombrageuse (« La Princesse »), mais surtout aimant la rêverie, la solitude et manifestant cette tendance à fuir la réalité qui caractérise la constitution schizoïde. Son amour, la séparation d'avec son amant que lui imposa la guerre firent qu'elle s'enferma avec son secret et par une sorte de claustration développa les tendances qu'elle avait de ne se livrer à personne, surtout à sa famille qui, à son avis, ne pouvait la comprendre. La rupture en 1919 accrut la perte de contact avec le monde extérieur et développa chez Jeanne des dispositions à vivre d'une pensée autiste, incommunicable, occupée par une affectivité profondément perturbée. Sans doute, il reste cette éreuto-phobie qui est bien troublante. Les renseignements de la famille nous ont appris que la malade n'a eu que récemment cette attitude, alors qu'elle-même fait remonter à l'âge de 12 ans la peur de rougir. Faut-il voir dans ce symptôme le point de départ du comportement général de la jeune fille. Nous ne le croyons pas et la psychanalyse qui, dans ces phénomènes d'obsessions apporte souvent de vives lumières.

res, n'est pas d'une application possible dans ce cas. Peut-on voir dans l'éreutophobie la manifestation inconsciente d'un sentiment de honte qui viendrait du fait que notre malade a eu un amant autrefois. On pourrait peut-être aussi considérer ici l'éreutophobie comme un moyen de renforcement des tendances schizomaniaques et formuler cette hypothèse que le fait de ne pas regarder en face et de se cacher le visage est un moyen de défense plus ou moins conscient contre les relations avec le monde extérieur. Nous le répétons, ce n'est là qu'une hypothèse très hasardeuse et le point le plus important où nous voulons arriver, c'est que cette malade qui peut donner à qui l'examine superficiellement, *du dehors*, l'impression d'une démente précoce, ne se laisse comprendre psychologiquement et classer cliniquement que si on la range dans le groupe des schizomanes, malades nettement définis dont nous avons rapporté plusieurs observations superposables. Sur un état constitutionnel de schizoïdie, un choc affectif a déterminé ici la dissociation entre l'activité intellectuelle intacte et l'activité pragmatique perturbée.



La notion de schizomanie va nous permettre de montrer de quelle manière l'indifférence affective et le négativisme de Jeanne s'opposent — malgré des analogies cliniques d'aspect — à l'indifférence et au négativisme de l'hébéphréno-catatonie.

Le négativisme de notre malade, loin d'être comparable au « barrage de la volonté » qui sert à Kraepelin à traduire le négativisme catatonique, nous paraît, au contraire, volontaire. Ce n'est pas au négativisme schizomaniaque qu'on peut appliquer les théories neurologiques, fort judicieuses quand il s'agit du syndrome hébéphréno-catatonique, notamment celle de Guiraud (1): « La difficulté de départ, l'arrêt, le

(1) GUIRAUD. — Conception neurologique du syndrome catatonique. *L'Encéphale*, nov. 1924.

retour à une posture primitive et même la contraction raidissant subitement un membre qu'on veut mobiliser, apparaissent comme une lutte entre un automatisme postural très exagéré et une activité volontaire kinétique presque toujours impuissante à le dominer. » Et pour Guiraud, le négativisme mental de la démence précoce s'explique par le trouble dans l'apport général des excitations kinesthésiques. Dans notre cas, s'il n'est pas démontré que l'éreuthophobie soit ici un moyen de s'isoler de l'ambiance, il est bien certain que c'est volontairement que la malade refuse de répondre, d'agir, de vivre normalement quelque marques de persuasion affectueuse qu'on emploie. Son attitude hostile s'explique par la conviction où elle se trouve que ses parents n'ont rien fait pour la marier, qu'ils lui préféreraient sa sœur. Jeanne voulait s'isoler, ses parents essayaient de lui faire reprendre la vie normale. Son négativisme se confond précisément avec son attitude opposante. L'inactivité, les bizarreries, les tendances impulsives s'expliquent par ce fait que la malade a rompu volontairement les ponts avec l'ambiance. « Sa vie est finie », dit-elle. « Il n'y a rien à faire, qu'on la laisse tranquille, libre d'elle-même », et elle ne cherche qu'à s'enfermer plus étroitement dans son autisme, tout en réclamant sa sortie de l'asile.

Quant à l'analyse de l'indifférence affective de notre malade, il faut tenir compte du négativisme qu'elle présente. Comme dit justement R. de Fursac (1): « Le négativisme peut masquer l'affectivité et en imposer pour une indifférence qui n'existe pas... Pour affirmer l'indifférence, l'on devra se montrer réservé toutes les fois que le négativisme, l'agitation, l'incohérence, le mutisme surtout mettent obstacle à l'examen intégral du fonds mental. » Ici, comme nous le disions plus haut, l'affectivité est morbide, elle est altérée *qualitativement*, mais *quantitativement* ne paraît pas diminuée. En rompant tout lien avec le monde

(1) R. DE FURSAC. — *Précis de Psychiatrie*.

extérieur, elle a en quelque sorte pris le parti de l'indifférence. Elle n'y est du reste pas parvenue. Elle pleure, s'attriste, vibre quand on évoque celui qu'elle aimait. Elle frémit de rancune et de haine quand on parle de sa famille. Elle lui en veut de ne l'avoir pas mariée, d'avoir eu des idées étroites, « bourgeoises ». Affectivité pathologiquement troublée, certes détournée de son cours normal, mais pas de déficit affectif. Ce n'est pas pour ces sortes de malades qu'on peut dire avec Guiraud que « l'indifférence et la dépersonnalisation somatique et psychique du dément précoce tient au défaut ou au trouble de l'apport kinesthésique et cénesthésique » et l'on voit combien la schizomanie se tient en dehors des cadres de la démence précoce.

L'histoire de Jeanne R. peut être calquée sur celle d'une jeune fille de 30 ans (rapportée (1) par nous à la Société Médico-Psychologique) qui, à la suite d'un mariage manqué, accusa ses parents de n'avoir rien fait pour la marier, se détacha d'eux, vécut renfermée, solitaire, inactive, s'opposant à toute tentative pour lui faire reprendre la vie normale, refusant de s'alimenter et de prendre les soins les plus élémentaires de sa personne, abîmée qu'elle était dans cette pensée que sa vie était perdue, qu'il n'y avait rien à faire et qu'il valait mieux, comme elle disait, continuer à s'enfoncer. Elle est morte, conservant une remarquable intégrité intellectuelle et on peut dire qu'il s'agit là d'un suicide à forme spéciale, sur laquelle nous reviendrons plus tard, d'un suicide bien particulier à ces sortes de malades : le *suicide schizomaniacal*. Toujours est-il que cette malade *avait l'air* indifférente, qu'elle était négativiste, alors que peu de temps avant sa mort, elle pleurait encore sa vie gâchée et que sa pseudo-indifférence n'était que le parti pris de ne pas réagir, de se soustraire de plus en plus au monde extérieur.

(1) CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. *Ann. Méd.-Psych.*, 5 décembre 1923.



En résumé, l'analyse du tableau clinique et des mobiles psychologiques de cette malade, nous fait comprendre combien certains symptômes qui conduiraient à un examen superficiel, au diagnostic de démence précoce (incurie, négativisme, indifférence, impulsions violentes) peuvent exister dans la schizomanie, tout en relevant d'un tout autre mécanisme. On admet que dans la D. P. l'affaiblissement psychique, fait de désharmonie, de désagrégation intellectuelle, suffit à expliquer la symptomatologie habituelle. Dans la schizomanie, l'incurie, l'inactivité, la claustration sont l'aboutissant des tendances schizoïdes. Dans notre cas, le négativisme, les impulsions violentes sont des moyens de défense contre toute tentative de faire rentrer le sujet dans l'ambiance. Loin qu'il existe ici de l'indifférence à base d'apathie, de stérilité psychique à la façon du dément précoce, l'affectivité concentrée sur l'autisme se traduit à l'extérieur par des perversions du sentiment. On doit avoir présent à l'esprit que certaines pseudo-indifférences cachent un *lourd potentiel* d'affectivité orientée d'une manière morbide sous l'influence d'un complexe ou d'un choc émotif. Aujourd'hui, nous avons eu surtout en vue le négativisme et l'indifférence. Par l'analyse des autres symptômes, nous montrerons qu'en sachant regarder non seulement *du dehors*, mais surtout *du dedans*, certaines analogies cliniques ne sont pas en opposition avec la nature nettement différenciée de la schizomanie, affection à placer à côté et *en dehors* du cadre de la démence précoce.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 AVRIL 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

MM. X. Abély, Allamagny, Beaudoin, Collet, Dabout, Demay, Deron, Rayneau, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de mars.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Dr Sollier, vice-président, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

Une lettre de M. le Dr Semelaigne, qui propose de faire à la séance solennelle de mai 1925 l'éloge de Delasiauve. La Société accepte à l'unanimité cette proposition dont M. le Président remercie M. Semelaigne ;

Une lettre de Mme le Dr Minkowska qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. Une Commission composée de MM. Pactet, René Charpentier et Rogues de Fursac, rapporteur, est désignée pour étudier cette candidature.

Rapport de candidature

M. André COLLIN, au nom d'une Commission composée de MM. Antheaume, Clérambault, André Collin. — Le Dr Georges-Paul Boncour est connu par le nombre et l'intérêt des travaux qu'il a consacrés à l'enfance anormale. Ancien interne des hôpitaux, professeur de criminologie à l'école d'Anthropologie, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry et ancien président de la Société d'Anthropologie, depuis son internat, Paul Boncour s'est consacré à l'observation de l'enfance anormale. En collaboration avec Jean Phi-

lippe, P. Boncour a écrit dans la bibliothèque de Philosophie contemporaine, un ouvrage sur les anomalies mentales chez les écoliers. Le mérite de ce travail est d'exposer clairement les différents types d'anormaux que l'on rencontre à l'école, et d'insister pour que la collaboration soit plus étroite entre éducateurs et médecins. Un chapitre consacré à l'instable nous montre l'étroitesse des relations entre l'insuffisance scolaire et la criminologie. La sélection médico-pédagogique des enfants anormaux parue dans le traité de Sergent, classe les enfants suivant la façon dont ils répondent aux tests de leur âge (Binet, Simon) et l'auteur admet qu'un enfant a l'intelligence de l'âge dont il accomplit exactement tous les tests : « avec la méthode des tests, dit l'auteur, il est possible d'évaluer un niveau mental avancé ou retardé et d'une façon scientifique. »

Paul Boncour, dans son œuvre, a été intéressé par l'adaptation sociale de l'enfant anormal et de l'enfant ne présentant que de légères anomalies. Dans une étude sur *les anomalies caractérielles de l'enfance* et de l'adolescence, 21 février 1925, l'auteur se demande comment on doit discerner à l'école une anomalie de caractère et devant une manifestation caractérielle paraissant irrégulière, sur quel critère peut-on s'appuyer pour conclure ou non à l'existence d'une forme anormale. La multiplicité, l'intensité, la précocité et la nature dégénérative ou pathologique des manifestations sont les principales caractéristiques de l'anomalie caractérielle. L'asthénique intoxiqué chez lequel un examen médical bien compris dénote les tares morbides qui judicieusement soignées disparaissent, est un excité intermittent qu'il ne faut pas confondre avec un cyclothymique. Sur ce point, l'opinion de Paul Boncour est en accord avec les conclusions de la thèse de Mlle Thérèse Revon (1923), sur les états intermittents de l'enfance.

L'éducation sexuelle de la jeunesse est une question qui préoccupe les éducateurs et P. Boncour a très clairement exposé ses idées sur l'âge et sur la façon dont doit être fait l'enseignement sexuel à la jeunesse.

En collaboration avec Laufer, P. Boncour traite de la question de l'orientation professionnelle, et les auteurs concluent fort justement que 75 0/0 des enfants à l'école sont amoindris par des déficiences parfaitement transformables, à condition qu'on s'occupe à l'école de soigner leurs tares physiques et mentales, et que dès l'école on peut orienter l'enfant vers la profession qui paraît le mieux devoir lui convenir.

Voici en passant quelques-uns des grands traits de l'œuvre de P. Boncour. Il a consacré des travaux importants et clairement rédigés à l'enfance anormale et la conclusion de notre Commission est que sa place est toute marquée dans notre Société.

Election. — M. le Dr Paul Boncour est nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique, à l'unanimité de 18 votants.

Rapport de candidature

M. PACTET. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Claude, Colin et Pactet, rapporteur, de vous présenter un rapport sur les titres de M. le Dr Robin qui désire devenir membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Robin n'est pas un inconnu pour vous ; il a fait ici plusieurs communications, et l'an dernier, vous lui avez décerné le prix Belhomme pour un mémoire sur les troubles mentaux liés à l'encéphalite léthargique.

Ancien interne des asiles de la Seine, à la suite d'un concours où il a été classé premier, c'est encore le premier rang qui lui est échu, au récent concours de médecins des asiles publics d'aliénés. Il remplit actuellement à l'asile Ste-Anne les fonctions de chef de clinique adjoint, auprès du professeur de clinique des maladies mentales.

Longue est déjà la liste des travaux de M. Robin. Dans une première partie de ses études psychiatriques, il s'est intéressé aux particularités offertes par les différents cas cliniques qui se présentaient dans les ser-

vices auxquels il était attaché en qualité d'interne et soit seul, soit en collaboration avec ses chefs de service ou avec des collègues, il a montré des troubles mentaux post-commotionnels, des particularités du squelette chez des aliénés, des troubles mentaux simultanés chez le mari et la femme, un cas de gliome à type mixte, une insuffisance pluriglandulaire et des troubles mentaux chez un hérédospécifique, une mélancolie consécutive à une fracture du crâne, un cas de purpura hémorragique, transfusion sanguine et troubles mentaux, un délire de richesse, un délire de possession diabolique chez une mélancolique avec hallucinations psycho-motrices obsédantes à caractère coprolastique, un cas de surdité verbale pure d'origine psychique, un cas de myélopathie avec troubles mentaux.

La paralysie générale a également retenu son attention et je me bornerai à citer le titre des communications qu'il a faites sur ce sujet aux diverses sociétés : Un paralytique général employé de chemin de fer. Paralysie générale et traumatisme. Les rémissions de la P. G. Chorée-athétose congénitale avec exagération des mouvements involontaires provoqués à l'occasion d'une P. G. Sur un cas de P. G. prolongée ayant évolué pendant 17 ans. P. G. à invasion foudroyante puerpérale.

Une partie de ses recherches a été plus spécialement orientée vers la démence précoce et les troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique. J'énumère rapidement les travaux relatifs à cette question : Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique ; troubles mentaux et troubles respiratoires post-encéphalitiques. Troubles du caractère liés à l'encéphalite épidémique chez l'enfant et le problème de la conscience morale ; le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale ; les troubles psychiques à évolution de l'encéphalite épidémique, question qui a fait l'objet de sa thèse de doctorat.

En ce qui concerne la démence précoce, je me bornerai aussi à une simple énumération des sujets trai-

tés : La constitution schizoïde et la constitution paranoïaque. A propos d'une bouffée délirante à contenu symbolique. Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. Les rêveries morbides. Une auto-mutilation révélatrice d'un état schizomaniaque. La constitution schizoïde. Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. L'éthérisation, procédé d'investigation psychologique. Le symptôme des réponses à côté.

Je m'en voudrais de ne pas dire un mot des titres militaires de M. Robin, à une époque où les souvenirs de la guerre tendent à s'estomper de plus en plus dans les mémoires.

Mobilisé pendant 62 mois, il en a passé 42 dans la zone des armées et les unités combattantes. Il a été blessé. Il a eu 4 citations dont 3 à l'ordre de la division marocaine et en 1920, il a été fait chevalier de la Légion d'honneur.

M. Robin a accompli une année d'internat dans mon service, à Villejuif ; c'est dire que j'ai été en situation d'apprécier comme elles le méritent toutes ses qualités. Actif, zélé, laborieux, attaché à ses devoirs, dévoué à ses malades, empressé à seconder son chef de service, tel m'est apparu M. Robin.

Il nous paraît digne à tous égards d'appartenir à notre Société, aussi votre commission vous propose-t-elle de lui accorder le titre de membre correspondant.

Election. — M. le D^r Robin est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité de 20 votants.

M. Georges DUMAS fait une communication sur l'étude des expressions émotionnelles. En raison de son importance, cette communication sera publiée à titre de mémoire dans le corps des *Annales*.

Traitement des états d'excitation et d'anxiété par la phényléthylmalonylurée en solution stable.

Par MM. MIGNARD et DURAND-SALADIN

L'idée d'employer la phényléthylmalonylurée en solution nous vint à la suite d'observations que nous fûmes amenés à faire sur la façon plus ou moins irrégulière dont les malades des asiles absorbent les médicaments prescrits sous la forme de comprimés. A l'un d'eux, déséquilibré à tendances hypocondriaques, mythomane par surcroît, on avait ordonné dix centigrammes de phényléthylmalonylurée par jour. Ce malade, vieil étudiant en médecine, jouissait à l'asile d'une certaine liberté. Un épisode dépressif le fit aliter à l'infirmerie. Au cours de la fouille qui fût alors pratiquée, on trouva dans ses poches une certaine quantité de comprimés. Cet incident montre le parti que certains malades pourraient tirer de la thésaurisation des comprimés pour se livrer à des tentatives de suicide. D'autre part, on rencontre souvent des psychopathes auxquels il est fort difficile de faire prendre des comprimés. Les maniaques, les mélancoliques, les mâchent et les crachent, les uns par plaisanterie, jeu ou caprice, les autres par ennui et dégoût de se soigner ; les persécutés, par crainte d'être empoisonnés, les dissimulent. MM. Dupouy et Montassut, dans une communication récente apportée ici-même, ont signalé ces multiples inconvénients des comprimés. Il est plus facile de surveiller l'absorption des médicaments liquides. C'est pourquoi nous demandâmes à M. Fleury, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse, s'il lui serait possible de préparer une solution de phényléthylmalonylurée. Il ne s'agissait pas, bien entendu, de solution sodique. L'instabilité de cette solution, connue depuis longtemps, nécessite une préparation extemporanée. Il était nécessaire d'avoir en main une solution

de stabilité reconnue et d'une posologie facile. M. Fleury, en collaboration avec son interne, M. Guinebault, prépara alors une solution répondant à ces desiderata. Les recherches pharmaceutiques qui lui permirent d'établir cette formule et dans le détail desquelles il ne convient pas d'entrer ici, feront l'objet de publications ultérieures dans des revues spéciales (1).

Nous avons au cours des quatre à cinq derniers mois expérimenté le médicament sur une quarantaine de malades, étudiant surtout son effet sur l'anxiété et l'agitation. Les doses employées varient de vingt à quatre-vingts gouttes; cette dernière dose, qui correspond à quarante centigrammes de phényléthylmalonylurée, n'a jamais été dépassée, les doses moyennes oscillaient entre vingt et trente centigrammes.

Nous allons indiquer rapidement les résultats obtenus avec une vingtaine de malades. Ils se répartissent ainsi :

- 4 maniaques;
- 5 mélancoliques anxieux;
- 2 confus;
- 4 paralytiques généraux;
- 1 délirant, halluciné chronique;
- Enfin 3 débiles déséquilibrés.

Chez deux malades, le résultat fut excellent et rapide et la guérison obtenue en quelques semaines.

Le premier Claudius V., âgé de 54 ans, présentait une anxiété extrême, des idées de ruine, d'indignité; de l'insomnie persistant depuis plusieurs mois; des

(1) D'après les renseignements que nous a donnés M. Fleury, cette solution est constituée de la façon suivante :

Phényléthylmalonylurée.....	50 gr.
Diéthylamine.....	13 gr. 2
Alcool.....	75 cc.
Glycérine.....	70 cc.
Essence de Menthe.....	1 gr.
Eau distillée q. s. pour.....	250 cc.

On chauffe légèrement au bain-marie jusqu'à dissolution (avec un dispositif *ad hoc*) pour éviter la volatilisation de la Diéthylamine.

On obtient un liquide jaunâtre, légèrement sirupeux. 1 cent. cub. (quarante gouttes) représentant 0,20 de phényléthylmalonylurée.

idées de suicide. Il avait fait avant son internement, une tentative de suicide par ouverture des veines de l'avant-bras avec les verres de son lorgnon.

Entré le 13 décembre 1924, il est soumis à la phényl-éthylmalonylurée en solution, par doses croissantes de 0,15 à 0,30. Au bout d'une dizaine de jours, l'insomnie a totalement disparu. L'anxiété et les idées délirantes persistent. Le traitement, continué pendant tout le mois de janvier, amène une amélioration progressive qui s'accroît rapidement dès les premiers jours de février. A cette date, V. se lève, il est aimable, souriant, s'occupe à de menus travaux. L'anxiété a entièrement disparu ainsi que les idées délirantes dont il fait une critique judicieuse. Cette amélioration s'est maintenue jusqu'au milieu de mars ; à cette époque la sortie est envisagée. Sorti le 16 mars.

Cette observation nous semble présenter quelque intérêt du fait que l'âge du malade pouvait faire craindre le développement d'une mélancolie présénile à allure chronique.

La guérison d'un autre mélancolique fut encore plus rapide.

Honoré M., 50 ans, entré le 2 décembre 1924, avec idées hypocondriaques, anxiété très vive, insomnie, refus d'aliments. Il est soumis à la phényl-éthylmalonylurée en solution le 10 décembre. Au bout de 8 à 10 jours, on peut observer une amélioration notable de l'anxiété et de l'insomnie. Cette amélioration persiste ; le 15 janvier on supprime le médicament. Le malade est sorti guéri le 25 janvier.

Dans une autre série de 5 malades, on ne peut parler de guérison proprement dite ; cependant tous présentèrent une amélioration considérable.

Deux d'entre eux, deux maniaques, pourraient servir de malades témoins. En effet, au cours de plusieurs semaines d'observation, chaque fois qu'on suspendait le médicament, l'agitation reparaissait pour cesser avec la reprise du traitement. Leurs observations, qu'il serait trop long de citer, sont caractéristiques à cet égard. Tous deux ont été transférés en mars, très améliorés.

Chez un troisième, Léon B., âgé de 34 ans, nous avons obtenu une sédation presque complète d'une agitation extrême avec des paroxysmes de véritable fureur, accompagnés de hurlements. Ces accès alternaient avec des périodes de vive anxiété pendant lesquelles il versait des torrents de larmes. Entré au début de décembre, soumis au traitement du 16 de ce mois jusqu'au milieu de février, il était au cours des deux dernières semaines, dans un état d'apaisement presque total; transféré à ce moment, il a écrit depuis une lettre d'un ton très calme où il annonce que l'amélioration de son état se maintient.

Les deux autres malades enfin chez qui nous avons obtenu une sédation complète de l'agitation sont un paralytique général et un arriéré qui présentait des troubles accusés du caractère (de nature probablement épileptique).

Le premier, entré le 7 janvier, dans un état d'agitation menaçante, avec propos violents, soumis à la phényléthylmalonylurée en solution, fut calmé assez vite. Depuis cette date, il s'est montré sans cesse tranquille.

Le second, dans le service depuis août 1924, présentait des accès d'agitation avec réclamations insupportables et stéréotypées; on notait encore des vertiges probablement épileptiques, signalés déjà sur le certificat d'internement par le D^r Marchand. En décembre, il se montra particulièrement violent; on dut le placer au quartier des agités. Le traitement amena le calme au bout d'une dizaine de jours. Le malade, qui continue à être traité par périodes, n'a présenté depuis lors aucune manifestation violente.

Enfin, avec une troisième série de malades, au nombre de huit, nous avons obtenu dans tous les cas une amélioration plus ou moins considérable.

Il s'agit de trois paralytiques généraux, trois mélancoliques, un délirant halluciné chronique et un dément précoce.

Parmi les paralytiques généraux, le premier Paul C., âgé de 40 ans, était à l'asile depuis près de 4 ans. Depuis plus d'un an, il était alité et devait être main-

tenu; dès qu'on laissait ses mains libres, il écorchait son visage et se frottait les yeux jusqu'à provoquer de la conjonctivite. Il ne cessait de pousser des cris inarticulés, onomatopées indistinctes et stéréotypées.

Il fut soumis au traitement, par doses croissantes de 0,15 à 0,40. Au bout d'une vingtaine de jours, l'agitation crierde diminua très sensiblement. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis trois mois, s'est établi un état de tranquillité contrastant nettement avec l'agitation ancienne, qui durait, nous le répétons, depuis plus d'un an.

Les deux autres paralytiques généraux étaient dans le service depuis moins longtemps. Tous deux présentaient des alternatives d'excitation joviale et d'agitation anxieuse, avec larmes puériles. Le traitement amena chez tous deux une amélioration marquée qui se maintient chez le premier. Le second sembla tomber dans un état de demi-torpeur qui fit supprimer le médicament. L'agitation a repris et ne cesse depuis lors.

Des 3 mélancoliques de ce groupe, deux étaient des préséniles. Le premier âgé de 53 ans, entré en mars 1923, montrait une anxiété très vive. Il manifestait depuis quelques mois quelques idées de persécution; le traitement continué pendant un mois, amena une période de tranquillité de trois semaines. Au bout de ce laps de temps, l'anxiété n'a pas reparu, mais les idées délirantes ont retrouvé leur vivacité. Le deuxième, âgé de 56 ans, était un hypocondriaque inquiet qui ne cessait de pleurer et de se lamenter. Il fut soumis à la phényléthylmalonylurée en solution; au bout d'une dizaine de jours, on constata la disparition de l'inquiétude et de l'insomnie. Le malade avait retrouvé sa gaieté; il se levait, circulait dans la salle et s'occupait à de menus travaux. Cette amélioration persista pendant un mois. A cette date, il présente de la lassitude et de la fatigue; on doit l'aliter. L'anxiété et l'inquiétude reparaissent. L'état physique était défectueux; on trouvait de l'artério-sclérose avec clangor-aortique et une tension maxima de 28 au Pachon. Le gardénal a été supprimé. Le malade va sortir incés-

samment. Enfin, le troisième mélancolique, Joseph J., âgé de 28 ans, présentait des paroxysmes obsessifs. Entré le 25 décembre, il venait du service de prophylaxie mentale. Il refuse d'abord de prendre du gardénal; il prétendait avoir été déjà traité par ce médicament en comprimés et n'avoir pu le supporter, ayant l'estomac fatigué. Vers la mi-janvier, il consentit à absorber la solution de phényléthylmalonylurée et la supporta bien. Depuis ce temps, on peut observer une sédation marquée de son état qui se maintient à l'heure actuelle.

Nous avons obtenu des résultats intéressants chez un dément précoce et chez un délirant chronique halluciné.

Le premier âgé de 29 ans, présentait des symptômes d'hébéphrénie avec des périodes d'agitation. Entré le 23 décembre, il manifesta après un mois d'internement une agitation assez vive, qui nécessita son passage au quartier des agités. Soumis à la phényléthylmalonylurée soluble à la dose de 0,20 centigrammes, qui ne fut pas dépassée, il redevint tranquille au bout de quatre à cinq jours. Depuis cette époque, le calme s'est maintenu.

Quant au délirant chronique, il est à l'asile depuis novembre 1923. Son délire est riche en hallucinations de toutes sortes, psychiques et psycho-motrices, verbales auditives et même visuelles. Au début de janvier, cette année, il présenta un épisode d'excitation avec énervement extrême, « les sans-filistes ne lui laissaient pas un moment de repos, le torturaient le jour et la nuit. » Le 25, il fut soumis au traitement, par doses croissantes de 0,15 à 0,30 centigrammes.

Le 3 février, il se trouve beaucoup mieux; les sans-filistes, dit-il, le laissent à peu près tranquille. Il est plus calme; sa mimique, en général très vive, est apaisée. Cette tranquillité vient, selon lui, de la position de l'appareil de télégraphie sans fil que l'on a changée. Après avoir supporté tout ce qu'il a enduré, ses ennuis actuels sont très tolérables.

Cette amélioration a persisté jusqu'au 26 février,

c'est-à-dire pendant une vingtaine de jours. Après cette date les hallucinations ont repris leur régime antérieur au traitement. Actuellement toutefois, le malade est assurément plus calme qu'au début.

Nous devons enfin signaler quatre cas dans lesquels nous n'avons pas obtenu de résultats.

Deux maniaques sont restés sans changement, malgré le traitement continué chez le premier pendant un mois, chez le second pendant une vingtaine de jours. Il est vrai de dire que chez ce dernier qui a été transféré après un séjour d'un mois et n'a donc pu être suivi, l'agitation maniaque était peut-être symptomatique d'un début de paralysie générale. L. avait été soigné pour syphilis et présentait un Wassermann positif et un signe d'Argyll très net.

Les deux autres malades qui n'ont pas répondu à notre attente sont deux confus. Le médicament, maintenu pendant un mois et demi, les a laissés dans l'état où ils se trouvaient dès leur arrivée. Il fut supprimé après ce temps.

En aucun cas, nous n'avons observé d'accident, ni au cours du traitement, ni après sa suppression, qui a toujours été, du reste, progressivement effectuée. Une seule fois, chez un paralytique général, sont survenues, quelques jours après le début de la médication, des douleurs d'aspect rhumatismal qui siégeaient à la région lombaire et au niveau des articulations du genou. Douleurs tout à fait semblables à celles que décrivaient, dans un article récent de la *Presse médicale*, MM. Maillard et Renard, à la suite de traitement par le gardénal et le Rutonal. Elles cessèrent avec la suppression du médicament.

Des faits que nous venons d'exposer, il semble bien résulter que l'action de la phényléthylmalonylurée en solution soit particulièrement favorable dans le traitement de l'agitation et de l'anxiété. Nous ne l'avons pas expérimentée chez les épileptiques. Il nous a paru, d'autre part, que cette solution est plus efficace que le gardénal en comprimés qui fut également essayé dans le service avec des malades analogues. Peut-être cette plus

grande efficacité est-elle due seulement à la présentation soluble.

Le médicament par ailleurs s'est montré inactif vis-à-vis de la confusion. Il semble même que dans certains cas où il agissait favorablement sur l'agitation ou l'anxiété, il laissait indemne l'élément confusionnel sous-jacent.

Cette action commune d'un médicament sédatif sur les états d'agitation et d'anxiété semble un argument de plus en faveur de leur parenté profonde, qui est sans doute la base psychophysiologique de la conception de la psychose maniaque dépressive.

Les états psychopathiques chez les chauffeurs d'automobiles à Paris

Par MM. Ed. TOULOUSE, R. DUPOUY et P. SCHIFF

A la suite d'une communication faite à l'Académie de Médecine, le 20 octobre 1922, par M. Charles Fiesinger, un vœu fut voté le 9 janvier 1923 demandant que le permis de conduire ne soit délivré qu'aux sujets âgés de plus de 20 ans, que ce permis de conduire soit refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de troubles cardiaques, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe, etc. L'Académie demandait en outre l'institution d'une commission médicale spéciale dont le préavis défavorable empêcherait la délivrance du permis de conduire. Elle demandait également le renouvellement de cet examen médical tous les dix ans et dans chaque cas d'accident causé par un chauffeur.

Le Service de Prophylaxie mentale, créé par le Conseil général de la Seine à l'Asile Ste-Anne a eu à examiner, dans une période de 18 mois, un nombre assez élevé (36) de chauffeurs d'automobiles, qui s'étaient présentés spontanément ou avaient été amenés par des parents au Dispensaire.

Il nous a semblé qu'il intéresserait la Société

Médico-Psychologique de connaître un certain nombre de faits précis qui viennent à l'appui des desiderata que l'Académie a exprimés à l'adresse des pouvoirs publics.

Les 36 chauffeurs qui sont venus nous consulter représentent les diverses catégories de malades qui viennent au Dispensaire. Deux tiers de ces cas concernaient des chauffeurs de taxi, et un tiers des chauffeurs particuliers. Nous pouvons les classer sous les étiquettes suivantes :

Psychasthénie, obsessions et impulsions sans démence	12
Toxicomanie	2
Epilepsie	2
Alcoolisme chronique sans affaiblissement intellectuel caractérisé	5
Alcoolisme chronique avec syndrome dementiel	2
Démences diverses	3
Paralysie générale	10

Il nous paraît inutile de rapporter la série complète de nos observations. Nous nous contenterons de donner pour chaque catégorie de malades les exemples les plus caractéristiques.

A. — OBSESSIONS ET IMPULSIONS SANS DÉMENCE.

Obs. 1. — *Déséquilibre constitutionnel. Obsessions.* —

Jean P., 27 ans, chauffeur de taxi. A des idées de suicide. Grand obsédé ; ressent l'impulsion irrésistible de fixer dans le blanc des yeux les personnes qu'il rencontre et ne peut supporter les regards étonnés qu'on lui oppose en réponse. « On le regarde de façon particulière. » Il n'ose plus regarder en face un client qui lui donne l'adresse de la course, ou bien — s'il l'a regardé — il y pense tout le temps de la course et conduit mal sa voiture. D'où peur, dégoût de conduire. S'il dépasse un tramway, se dit : « Les voyageurs vont encore me regarder » ; il prend alors un air fanfaron ou bien, au contraire, se laisse aller « avachi ». Arrêt dans son travail ; travaille quatre à cinq jours, puis s'interrompt 48 heures. Il ne peut plus regarder quelqu'un en face sans le fixer et s'en faire un ennemi. « Il est tout ce qu'il y a de franc et se fait traiter de sournois. Il veut se faire

connaître et ne le peut pas. Il n'a plus ni caractère ni volonté. Il y a deux personnes en lui. Il n'est pas fait comme les autres, n'ose plus parler à personne ; tout le monde le regarde et connaît son état. — Gazé en 1915. Quelques excès alcooliques. Bordet-Wassermann du sang négatif. Sort amélioré après trois mois de séjour pour remonter sur sa voiture.

Obs. 2. — *Etat psychasthénique, suspicion de P. G. au début.* — François B., 43 ans, auto particulière. Commotion en août 1914. Perte de connaissance, reprise du service sans difficulté après quelques jours de repos. Depuis 1920, changement de caractère, irritabilité, perte de mémoire, dépression, sensation de cerveau vide, vertiges. Nie la syphilis. Pas d'alcoolisme, semble-t-il. Petit achoppement à certains mots d'épreuve. Alternatives de tristesse et d'excitation : projets multiples et divers. Suspicion de P. G. non confirmée par la ponction lombaire, où toutes les réactions humorales sont négatives, sauf l'albuminose, qui dépasse légèrement la limite normale (0,40 0/00 au tube de Sicard et Cantaloube). Amélioré après deux mois de repos, quitte le service pour prendre un service d'auto-cars sur un parcours de plaine.

Obs. 3. — *Psychasthénie, préoccupations hypochondriaques, syphilophobie, cénestopathie.* — Pierre D., 46 ans, chauffeur de taxi. Syphilis il y a 15 ans, traité par le 606. S'est fait faire dans divers hôpitaux plusieurs réactions de Wassermann, qui ont toujours donné un résultat négatif. Il y a deux ans est allé demander à l'hôpital Cochin une ponction lombaire : a peur d'avoir « pris mal dans la bouche, a l'idée fixe de cette chose, parce qu'il avait embrassé une femme dont les lèvres pelaient ». Il raconte ceci devant sa propre femme, sans aucune gêne. A peur d'avoir contracté la lèpre. Insomnies et, au réveil, agitation anxieuse, « crispation, exagération de tout l'être », sensations douloureuses au creux épigastrique.

Le frère de ce malade, Gabriel D., également chauffeur de taxi, était venu 3 mois auparavant pour un syndrome semblable : psychasthénie constitutionnelle, syphilis, syphilophobie, préoccupations hypochondriaques avec accusations morbides. Traité dans un hôpital, il déclare qu'on lui a injecté avec le novarsénobenzol du sang certainement contaminé.

Obs. 4. — *Impulsions sexuelles, outrage public à la pudeur, alcoolisme.* — Eugène R., 40 ans, marié. Tremble-

ment des lèvres, céphalées, sensation de jets de vapeur dans le crâne. Ne se sent plus maître de sa volonté. A l'âge de 20 ans, traité pour état neurasthénique. Inculpé d'attentat public à la pudeur : entraîné par des femmes qui l'ont masturbé dans le Bois de Boulogne. Doit passer en correctionnelle dans quelques jours. Demande un certificat d'irresponsabilité : « Je n'ai pas eu la force de résister à ces femmes. » Le certificat n'a pas été délivré.

Obs. 5. — *Psychasthénie constitutionnelle ; alcoolisme.* — Joseph B., chauffeur de taxi.

Scrupuleux et douteur depuis l'enfance. Aggravation pendant la guerre. Depuis la démobilisation céphalées, insomnies, sensations d'angor, obsessions, phobies ; peur de tomber malade, d'être renvoyé. Réflexes pupillaires et rotuliens normaux. Tremblement des doigts. Onirisme nocturne (rêves professionnels ou d'animaux). Dose quotidienne minima de boisson : 2 verres de vin blanc le matin, 2 apéritifs à midi, 2 verres d'alcool dans la journée.

Les observations André B. (taxi), Valentin C. (taxi, ancien commotionné de guerre), Charles D. (taxi), Paul B. (chauffeur particulier), Pott ancien avec grosse gibbosité, entrent dans cette catégorie.

B. — TOXICOMANIES. — Elles se rencontrent également chez les chauffeurs de taxis.

Obs. 12. — *Tabès, morphinomanie et héroïnomanie.* — Georges G., 50 ans, ancien chauffeur de taxi.

Syphilis à 18 ans, traitée. Crises tabétiques, gastriques et coliques hépatiques depuis l'âge de 30 ans. Traité par la morphine, est devenu morphinomane et héroïnomanie. A dépensé toutes ses économies à se procurer des toxiques.

Romberg intense ; abolition des réflexes aux membres inférieurs et supérieurs ; pupille gauche fixe. Bordet-Wassermann négatif dans le sang et positif dans le liquide céphalo-rachidien. Urée du sang : 0,76 0/00. Troubles mentaux légers, diminution de la mémoire. Dysarthrie. Actuellement, impotent et inerte.

Conduisait son taxi il y a deux ans encore, était pris souvent de syncopes (?) ; mais avait toujours la force de revenir au garage, allait par petites étapes, mettait alors 1/2 journée pour aller du centre de Paris à Levallois-Perret.

Obs. 13. — *Accidents épileptiques atypiques. Vertiges. Cocaïnomanie.* — Jean L., 43 ans, chauffeur de taxi.

En juillet 1923, à six heures et demie du soir, conduisant son taxi place de la Bastille, au plus fort de la circulation, est pris de malaise, a la force de ramener sa voiture le long du trottoir, puis tombe sans connaissance. Il s'agit d'un ancien directeur d'usine qui, après des avatars divers, est devenu chauffeur de taxi, ce métier étant plus lucratif qu'une profession libérale. Il a pour maîtresse une actrice de cinéma qui lui a transmis l'habitude de la cocaïne. En outre, tabagisme et surmenage professionnel. Sclérose pulmonaire gauche, ptose gastrique. Depuis le premier incident, et malgré un traitement symptomatique et général intensif, les vertiges vont en s'accroissant mais ne s'accompagnent pas d'inconscience ni d'amnésie. Céphalées constantes. Réflexe oculo-cardiaque nul. Aucun signe cérébelleux ou labyrinthique. Réactions biologiques (sang et liquide céphalo-rachidien) négatives. Amélioration après un traitement au novarsénobenzol intra-veineux.

C. — EPILEPSIE. — Dans le cas précédent, l'épilepsie est un diagnostic d'élimination; mais dans les deux suivants, il s'agit, dans le premier, de crises épileptiformes typiques; dans le second, d'accès de fureur probablement post-épileptiques.

Obs. 14. — *Epilepsie et alcoolisme*. — Henri L., 38 ans, chauffeur de taxi.

Les crises remontent à l'enfance. Pendant une dizaine d'années, crises limitées à des crampes dans l'index droit. Depuis un an, crises jaksoniennes dans tout le côté droit avec perte de connaissance. Soigné au Dispensaire, très amélioré par le gardénal et la suppression de l'alcool. Métiers divers : mineur, camelot, chanteur de café-concert. Depuis plusieurs années conduit un taxi, n'a pas eu d'accidents. Ethylisme.

Obs. 15. — *Fureurs post-épileptiques chez un alcoolique*. — Armand G., 27 ans, chauffeur d'automobile particulière.

Vient pour des crises de fureur conscientes, des « accès de rage », dit-il, dans lesquels il brise des objets et se livre à des violences contre son entourage. Nie la syphilis, mais avoue des habitudes d'alcool invétérées, bien qu'il sache qu'il supporte très mal tout excès de boisson. Service militaire dans l'armée coloniale, a tenu garnison dans des colonies diverses. Pendant la guerre, trois éclats de grenade sur

la tête, dont un superficiel, dans la région fronto-temporale gauche.

La maladie actuelle remonte à l'année 1920. A cette époque, le sujet a eu, à intervalles toujours plus rapprochés, des crises de fureur dont les unes sont en relation nette avec des excès alcooliques, dont d'autres, semble-t-il, ne reconnaissent pas cette cause. Quand il a une « contrariété », un accès le prend, qui consiste en étourdissements avec pâleur de la face, chute, écume aux lèvres, perte d'urine (quelques gouttes dans son pantalon). Pas de morsure de la langue, pas de perte complète de connaissance, facultés mnésiques à peu près conservées. Le tout est fort bref, quelques minutes à peine ; puis le malade se relève et, saisi d'un accès de fureur, se jette la tête contre les murs, ou brise des meubles, ou bien se livre à des violences contre sa femme. Celle-ci est obligée de fuir le domicile conjugal et de cacher son enfant. Le malade nous raconte qu'il conduit dans Paris, à des vitesses qu'il qualifie de « quelquefois excessives », des voitures de 25 à 40 cv. ; il n'a eu jusqu'ici qu'un seul accident, où tout s'est borné à des dégâts matériels. Il déclare que la faute ne lui en incombe point, mais avoue qu'il était ivre au moment de cet accident. Raconte aussi qu'un soir son patron, après lui avoir déclaré qu'il l'emploierait pendant toute une soirée, lui avait annoncé qu'il serait libre à 18 heures. Ce simple changement de programme trouble l'horaire qu'il s'était fait et met notre malade en fureur. Son patron veut monter dans la voiture, il le prend par le bras, le bouscule, le jette avec violence au fond de l'automobile. Puis, à une allure folle, il rentre à son domicile, sans s'arrêter aux boutiques où il avait reçu l'ordre de stopper, sans obéir aux appels et aux injonctions de son employeur. Il le dépose plus mort que vif chez lui, et l'autre, qui ne demande pas son reste, le renvoie au garage. G. obéit, se rend au garage, mais ne s'y arrête pas, vire dans ledit garage à toute vitesse et s'enfuit dans Paris à l'allure de 80 à l'heure. Il embraye ses vitesses de telle façon, dit-il, qu'il arrive au point mort et que la voiture, poursuivie par les agents cyclistes de différents postes, après avoir ameuté trois arrondissements, dont deux populeux et grouillants de monde, s'arrête d'elle-même. Amené chez le commissaire de police, notre homme aurait été mis en contravention et relâché, sans qu'on lui ait retiré son permis de conduire. Le lendemain il a dû quitter sa place et a trouvé à s'engager immédiatement,

toujours comme chauffeur d'automobile, chez un de nos confrères qui nous l'a envoyé, le soupçonnant atteint de troubles mentaux.

Dans le service, le malade a eu un accès de violence, accès qu'il avait annoncé, qui aurait été précédé d'un vertige, et qui ne put être enrayé que par la force. A l'examen, on note des réflexes patellaires un peu diminués et qui ne sont accusés qu'après la manœuvre de Jendrassik ; les pupilles légèrement inégales et paresseuses ; il y a de la leucoplasie buccale. Réactions de Bordet-Wassermann et de floculation positives dans le sang, négatives dans le liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire donne d'ailleurs des résultats entièrement négatifs à tous les points de vue, à part une réaction des globulines légèrement positive au Pandy. La loquacité du malade, une certaine complaisance avec laquelle il étalait ses symptômes, nous empêchent d'être absolument affirmatifs sur le diagnostic d'épilepsie. Le malade s'est soustrait à nos recherches de contrôle, en quittant brusquement le service pour reprendre, disait-il, son métier.

L'un de nous a eu l'occasion de voir en clientèle privée un sujet de 20 ans, d'hérédité spécifique et présentant des vertiges fréquents suivis d'une brève perte de connaissance. Ce jeune homme, oisif, conduisait dans Paris une petite voiture de course et ne voulait pas renoncer à en faire usage. Il a été nécessaire d'exercer une pression morale très vive sur la famille pour qu'elle se décidât à retirer de la circulation parisienne un automobiliste dangereux pour lui-même et pour autrui.

Nous signalerons aussi le cas d'un épileptique de 20 ans réformé pour épilepsie avec crises convulsives nocturnes et crises diurnes d'automatisme ambulaire. Au cours de ces dernières crises, il traversait à pied des rues encombrées, dans un état d'inconscience comportant la perte du souvenir. Il fut rencontré dans une école de chauffeurs par le Dr Marchand, chargé de la consultation pour épileptiques au Dispensaire et refusa de se rendre aux pressants conseils qui lui étaient donnés de renoncer au brevet de chauffeur. Ce jeune homme se présenta pour obtenir son permis de

conduire ; un hasard heureux fit qu'il eut précisément une absence au cours de l'examen, ce qui le fit refuser par l'ingénieur.

Les accidents comitiaux chez les chauffeurs paraissent fréquents. Ceci nous remet en mémoire que le premier malade examiné à la consultation pour épileptiques que l'un de nous organisa autrefois, avec le Dr Marchand, dans une annexe de l'Institution nationale des sourds-muets mise obligeamment à notre disposition par M. Mirman, alors Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, était un chauffeur épileptique qui, sur nos conseils, abandonna son métier.

Depuis la réunion de ces observations, nous en avons observé bien d'autres cas. L'un des plus caractéristiques est celui d'un Italien que le Dr Marchand suit actuellement au Dispensaire. Ce malade a eu sa première crise à quinze ans. A 32 ans, nouvelles crises se répétant tous les cinq ou six mois. Crises nocturnes avec morsures de la langue ; vertiges dans l'intervalle des crises. A 28 ans, en 1911, crise diurne étant sur sa voiture avec chute de 13 mètres de haut. Il est tombé rue de Rome sur la voie du chemin de fer et se fractura trois côtes. Au début de sa crise il appuya involontairement sur l'accélérateur de vitesse tandis que l'autre pied abandonnait la pédale du frein. Malgré cet accident qui aurait pu être mortel, il continua d'être chauffeur de taxi durant encore six ans et ne cessa qu'après un nouvel accident qu'il nous raconte ainsi : « C'était le dimanche soir à 11 h. 1/2 du 29 juin 1917 ou 1918 à la sortie du théâtre de l'Opéra. Je chargeais dans mon taxi quatre personnes, un monsieur et trois dames pour les conduire rue Etex... Je descendais l'avenue de St-Ouen. Juste en tournant la direction pour prendre la rue Etex, il m'a pris un étourdissement, je me suis couché sur le côté gauche de mon siège et en me couchant je n'ai pas lâché le volant ; alors j'ai fait faire demi-tour à mon taxi, je suis revenu sur l'avenue de St-Ouen, j'ai traversé l'avenue et suis monté sur le trottoir. J'ai renversé un banc et sur le banc il se trouvait deux personnes assises. J'ai refait demi-tour.

sur le trottoir et j'ai repris le milieu de l'avenue. J'ai encore marché 50 ou 60 mètres en descendant l'avenue, je suis encore monté sur le trottoir toujours sur le côté gauche, alors là je me suis bloqué contre un arbre. Une fois bloqué contre l'arbre, une ou deux minutes après j'ai repris connaissance et c'est depuis ce moment-là que j'ai cessé de faire le conducteur de taxi. »

D. — ALCOOLISME CHRONIQUE SANS AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL CARACTÉRISÉ.

Obs. 6. — *Alcoolisme chronique avec accidents subaigus.* — Auguste B., 34 ans, conducteur de camion-automobile, livreur en vin.

Agitation psycho-motrice violente. Troubles mnésiques. Confusion mentale passagère. Délire onirique (cauchemars professionnels, zoopsie), se sent poursuivi. Tremblement très accusé des extrémités. Sort après 10 jours passés dans le service ; reprend son travail.

Obs. 7. — *Alcoolisme chronique chez un déséquilibré à impulsions diverses et déjà trois fois interné.* — Pierre B., 29 ans, chauffeur de taxi.

A déjà été interné à Sainte-Anne, à Vaucluse et à Villejuif, toujours pour violences et tentatives de suicide à la suite d'excès alcooliques. Durant son service militaire, a passé en conseil de guerre, a été acquitté comme irresponsable, puis réformé. Deux ou trois litres de vin blanc par jour.

Obs. 8. — *Ethylisme très accentué, vertiges, cirrhose du foie.* — Pierre C., 60 ans, chauffeur de taxi.

Pituïtes, tremblements des mains. Insomnies, céphalées, vertiges. Conduit encore actuellement.

Obs. 9. — *Crises dipsomaniaques.* — Henri S., 49 ans, chauffeur de taxi.

Vient consulter au début d'une crise. A toujours eu des tendances à boire. Boit du vin blanc, du vin rouge, des alcools. « Il faut que je boive, cela dure trois ou quatre jours, je deviens nerveux, je fais des bêtises, je querelle ma femme ». Aura par colique bilieuse et soif intense. La crise se manifeste par une agitation désordonnée, de l'insomnie, de l'irritabilité. Pendant la crise, a l'impression qu'il n'est plus maître de sa voiture. N'a pas eu d'accidents.

Obs. 10. — *Dépression anxieuse avec agitation chez un alcoolique. Idées d'influence.* — Germain R., 30 ans, chauffeur de camion.

Accès anxieux survenn après une période de surmenage professionnel et moral, compliquée d'excès alcooliques. Alcoolisme chronique (vin, rhum, apéritifs). Céphalées, pîtuites, tremblement des mains, crampes musculaires. Idées peu systématisées de persécution, quelques hallucinations, insomnie et onirisme nocturne : rêves anxieux et de jalousie, scènes de crimes. « Il est suivi dans la rue par des flics. On le regarde de travers, on fait des signaux, on le traite de voleur ». Craint qu'on lui fasse du mal, « qu'on l'opère de la tête », qu'on le fasse disparaître. Croit qu'on a voulu l'empoisonner ; « on lui a fait boire du café suspect, il a senti de mauvaises odeurs ». Début des troubles psychiques, de façon brusque, il y a un mois. A encore conduit son camion (5 tonnes) pendant dix jours, alors que son état d'anxiété et ses interprétations étaient très accusés. Refuse de se laisser traiter, d'interrompre plus longtemps son travail. Interné par nos soins (placement volontaire sur la demande de la famille).

E. — ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC SYNDROME DÉMENTIEL.

Obs. 10. — *Syndrome paralytique, éthylisme chronique.* — Marius M., 52 ans, chauffeur de taxi.

Syphilis à l'âge de 30 ans. Ethylisme avéré : deux litres de vin par jour, plus une « gentiane » et quelques mares et rhums. Idées délirantes mal systématisées de persécution. Idées de jalousie vis-à-vis de sa femme. Impuissance génitale. Euphorie alternant avec des idées de tristesse. Inconscience de sa situation, désorientation. Troubles arthrolaliques. Troubles mnésiques. Réflexes rotuliens vifs, réflexes iriens faibles, tremblement des doigts. Hypertension artérielle = 20 — 9 1/2 au Pachon. Sucre dans les urines. Urée du sang = 0,42. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien : albumine = 0,33 0/00 ; globulines : 0 ; pas d'éléments ; réactions de Bordet-Wassermann, du benjoin colloïdal et de l'élixir parégorique toutes négatives. Traitement anti-syphilitique d'épreuve. Amélioré après deux mois de séjour dans le service. Reprend son métier.

Obs. 11. — *Syndrome Korsakowien. Alcoolisme chronique.* — Jean M., 59 ans, chauffeur de taxi.

Vient pour des « tournements de tête », des vertiges surtout matinaux. Alcoolisme invétéré. Plus de deux litres de vin aux repas et un vingtaine d'apéritifs dans la journée. Jusqu'à 6 Pernods par jour, autrefois. Ne se mettait en marche le matin qu'après avoir bu trois à quatre verres de vin blanc. Foie petit, pigments biliaires dans les urines. Tremblement des mains, de la langue et des doigts. Réactions de Bordet-Wassermann et de floculation négatives dans le sang. Ponction lombaire : Albumine = 0,34 ; globulines = 0 ; éléments au mmc. = 0,2. Bordet-Wassermann, benjoin colloïdal, élixir parégorique négatifs. Abolition complète des réflexes achilléens et rotuliens, ne reviennent pas par le Jendrassik. Inégalité pupillaire. Réactions iriennes paresseuses à la lumière. Ebauche de Romberg. Fourmillements dans les jambes avec atrophie des masses musculaires. Amnésie très accusée, mémoire conservée pour les faits anciens. Interrogé sur la guerre, parle de la campagne de 1870 ; il a pourtant fait partie des taxis envoyés sur la Marne en 1914, nous dit son fils. Désorientation. Fausses reconnaissances : « Nous sommes les médecins du syndicat ; son fils vient le voir tous les jours (inexact) ». Fabulation : a une maison à Saint-Cloud ; Son fils a épousé une femme avec 5.000 francs de dot. Simples vantardises raisonnables, pas d'idées de grandeur. Conduisait encore sa voiture deux jours avant son entrée. A eu un accident il y a plusieurs mois ; l'enquête démontra la faute de la voiture tamponnée qui ne tenait pas la droite. Après deux mois de séjour, augmentation de la désorientation, de l'amnésie, de la fabulation. On a de la peine à retenir ce malade dans le service, il voudrait sortir, reprendre son métier.

F. DÉMENCE CARACTÉRISÉE.

Obs. 16. — *Hypertension artérielle, artériopathie cérébrale, démence pseudo-bulbaire.* — Clément B., 48 ans, ancien chauffeur de taxi.

Grosse hypertension (27 — 15 au Pachon) mais urée du sang normale. A deux reprises a été traité pendant plus de 3 mois pour ses troubles vasculaires dans le service du professeur Chauffard. Hémiparésie gauche. Adiadococinésie. Démarche ébrieuse. Dysarthrie. Incontinence d'urine. Réflexes tendineux exagérés. Paresse pupillaire. Rire et pleurer

spasmodiques. Fond d'œil normal. Ponction lombaire négative. Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Gros affaiblissement intellectuel ; perte de la mémoire ; diminution de l'activité psychique. Conscience relative de ce déficit ; dépression mentale surajoutée. A quitté son métier il y a un an seulement. Depuis plus de 18 mois, avant d'abandonner sa voiture, il avait, quand il était dessus, des sensations bizarres ; il lui semblait que le volant lui échappait, quelquefois pendant dix minutes de suite. Il avait des tamponnements fréquents ; il a cassé beaucoup de matériel, mais n'a jamais eu d'accidents de personnes.

G. — PARALYSIE GÉNÉRALE.

Les paralytiques généraux sont nombreux (plus du quart).

Obs. 19. — *P. G. avec ictus répétés.* — Antoine B., 59 ans, chauffeur de taxi.

Affaiblissement simple des facultés intellectuelles, sans délire, amnésie, inconscience de sa situation, turbulence nocturne, euphorie. Inégalité pupillaire avec Argyll incomplet. Embarras de la parole. Ictus récent. A été traité à la Salpêtrière et à Tenon. Ponction lombaire : albumine : 0,35, 2 éléments au mmc. Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal positifs. Bordet-Wassermann positif aussi dans le sang. Ce malade a fait plusieurs ictus, le premier alors qu'il se trouvait sur sa voiture. Il a senti tout à coup que sa voiture « n'allait plus ». Refus de l'internement de la part de la famille.

Obs. 17. — *P. G. au début.* — Charles B., 42 ans, chauffeur de taxi.

Vient en août 1923. Dysarthrie. Argyll léger, irrégularité pupillaire, réflexes rotuliens exagérés, trémulation des lèvres et de la langue. B.-W. du sang très positif. Dans le liquide céphalo-rachidien : 83 éléments au Nageotte, hyperalbuminose : 0,48 0/00, réactions de Bordet-Wassermann, du benjoin colloïdal et de l'élixir parégorique positives. Affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire et du jugement. Euphorie et irritabilité pathologique, inconscience de sa situation, agitation.

Un an avant la visite au Dispensaire, a eu un grave accident. N'a pas été traumatisé, mais sa voiture a été mise hors

d'usage. A repris son travail, conduisait encore la veille de son entrée, n'a pas eu d'accident récent. La famille du malade refuse l'internement et le reprend à domicile après deux jours passés dans le service. Le malade nous déclare, le jour de sa sortie, qu'il reprendra le volant le jour même, mais nous obtenons de sa femme la promesse qu'elle lui fera quitter Paris pour un séjour prolongé à la campagne.

Obs. 18. — P. G. — Jules Ch., 53 ans, chauffeur de taxi.

Depuis un an, diminution de la mémoire. Renvoyé par la Compagnie qui l'emploie, parce qu'il ne faisait plus suffisamment d'affaires. Repris par une autre Compagnie, remonte sur sa voiture, renverse plusieurs personnes dans la rue. Affaiblissement intellectuel, dysarthrie légère, ptosis gauche, pupilles légèrement inégales, insensibles à la lumière. Déclaré irresponsable par le Dr Rogues de Fursac, commis en expertise. Est interné par nos soins.

Nous ne rapportons pas, étant donnée la monotonie des histoires cliniques, les observations de Jules R., P. G. au début mais très nette; Jean G. (P. G. en pleine évolution) qui travaillait encore de son métier peu avant de venir au Dispensaire; Jean E., P. G. démentielle avec éthylisme et hallucinations visuelles; d'autres encore, chauffeurs de taxis ou particuliers. Mais il nous paraît intéressant de noter, étant donné le petit nombre de femmes qui exercent cette profession, que la seule « chauffeuse » qui soit venue nous trouver était atteinte de paralysie générale :

Obs. 20. — P. G. avec gâtisme. — Julia P., 46 ans, essayeuse de châssis d'automobiles.

Ne travaille plus depuis huit mois. Depuis six mois environ on s'est aperçu dans son entourage qu'elle était malade. Affaiblissement progressif des facultés, sans période préliminaire d'excitation, semble-t-il. Actuellement, amnésie et désorientation très accusées. Perte complète de l'autocritique, propos et actes désordonnés, met ses provisions dans ses pantoufles, se promène nue dans le service. Excitation violente par intervalles, frappe les infirmières, insomnie et turbulence nocturne. Gâtisme. Dysarthrie, inégalité pupillaire et Argyll. Exagération des réflexes tendineux. Hyperalbuminose : 0,56 0/00 ; lymphocytose : 32 par mmc. du

liquide céphalorachidien. Dans ce liquide, Bordet-Wassermann, floculation, benjoin colloïdal et élixir parégorique très positifs. La malade, conductrice d'automobile sanitaire pendant la guerre, est depuis essayeuse de châssis dans une grande fabrique. A été internée par nos soins.



Notre statistique nous semble éloquente ; aucun de ces chauffeurs ne pouvait en réalité assumer la responsabilité que comporte la conduite d'une voiture automobile dans une ville comme Paris.

Un petit nombre d'entre eux (1/6^e seulement) avaient occasionné des accidents et des accidents peu graves. Mais ceux qui ont commis des accidents graves font l'objet d'une enquête judiciaire. Le travail d'un service de Prophylaxie mentale consisterait justement à éliminer de la circulation les chauffeurs dangereux avant qu'ils n'aient causé des accidents sérieux. Les *règles administratives* actuelles ne le permettent pas ; et nous n'avons pu y arriver qu'indirectement, par la persuasion ou en obtenant des parents un placement volontaire dans un asile.

L'urgence du problème à résoudre sera illustrée par la comparaison suivante : durant le mois de janvier 1922, 1.351 permis de conduire ont été délivrés ; deux ans plus tard, pendant une période de même durée, 2.327 permis ont été accordés. La circulation automobile s'intensifie donc de façon très rapide, et il vaudrait mieux ne pas attendre pour établir un contrôle médical efficace du chauffeur, qu'un accident nous prive à nouveau d'un Curie.

Quelle est en face de ce problème l'attitude de l'Administration ? Tout chauffeur sollicitant un permis de conduire est, nous dit-on, l'objet d'une enquête discrète de la part du commissaire de police de son quartier, qui s'informe notamment s'il n'est pas connu comme un individu dangereux, violent ou alcoolique. D'autre part le décret ministériel du 31 décembre 1922, communément appelé « Code de la route », donne aux

Préfets quelques pouvoirs qu'ils ne possédaient point auparavant. C'est ainsi qu'ils peuvent retirer aux chauffeurs leurs permis de conduire, « au cas d'incapacité permanente dûment constatée ». Mais en réalité les Préfets des départements usent fort peu de ces droits. A Paris une Commission spéciale de la Préfecture de Police a prononcé 76 retraits définitifs en 1923 ; les tribunaux avaient eu à intervenir dans plus de 1.000 affaires d'accidents d'automobiles ; et il y avait eu durant cette année-là, plus de 200 morts dues à ces accidents. L'examen médical des chauffeurs incriminés, examen qui est laissé à l'appréciation de la Commission, n'avait été ordonné que quatre fois.

Les cas qu'il nous a été donné de voir au Dispensaire montrent que la question est avant tout d'ordre médical. Les garanties actuelles données au public par le « Code de la route » paraissent insuffisantes ; et c'est pourquoi nous venons rappeler ici la nécessité des examens médicaux répétés chez les chauffeurs d'automobiles.

Une soixantaine de permis de conduire en moyenne sont délivrés quotidiennement à Paris. Nous pensons que ces permis ne devraient être accordés qu'après un examen médical sérieux, fait dans un centre médical comportant, outre l'examen de médecine générale, des examens pratiqués par des spécialistes en neuro-psychiatrie, en otologie, en ophtalmologie, etc. Cet examen devrait être renouvelé périodiquement, dans un délai à déterminer par la pratique. En tout cas d'après l'expérience de notre propre Dispensaire, nous considérons la création d'un tel centre médical comme très réalisable. La charge en serait nulle pour l'Etat, les frais de l'examen pouvant être mis à la charge des candidats.

Nous connaissons les objections qu'on peut faire à cette proposition, mais nous jugeons de telles mesures indispensables. Le certificat de bonne santé délivré par un seul praticien serait insuffisant, comme aussi la seule obligation pour les chauffeurs de contracter une assurance-accidents.

DISCUSSION

M. TRÉNEL. — Les intéressantes observations qui viennent de vous être présentées s'ajoutent à celles déjà nombreuses qui ont été apportées ici depuis les premières communications de M. Pactet qui a si heureusement mis cette importante question à l'ordre du jour. Mais les observations ne suffisent plus. Nous nous sommes amplement documentés et depuis longtemps convaincus. Il faut aboutir : les discours académiques ont fait leur temps. Il est nécessaire de saisir les pouvoirs publics. Vous avez précédemment désigné une Commission pour étudier cette question. Je demande que son rapport soit apporté à la prochaine séance.

M. REVAULT D'ALLONNES. — Il ne faut pas oublier que parmi les troubles psychopathiques les plus quotidiennement observés chez les chauffeurs de taxi, le plus fréquent, et non le moins dangereux, est l'ivresse. La question des sanctions à l'alcoolisme aigu, subaigu, chronique doit être réglée en même temps que celles soulevées si justement par M. Dupouy. Et ce n'est pas la plus facile.

M. R. DUPOUY. — C'est précisément à cause de cette difficulté que nous avons d'abord examiné les cas les plus graves, posant des indications incontestables, comme la paralysie générale. M. Pactet avait fait de même en ce qui concerne les employés de chemin de fer.

M. PACTET. — La question a déjà fait l'objet d'une étude de la part de l'Académie de médecine, à la suite d'un accident survenu, si je ne me trompe, à l'un de ses membres. Un vœu a été présenté aux pouvoirs publics et il ne semble pas qu'il en soit résulté une amélioration de la situation existante.

M. DABOUT. — L'intéressante communication de M. Dupouy appelle la discussion des deux points de vue très différents. L'intérêt médico-social de la ques-

tion l'emporte de beaucoup actuellement sur l'intérêt pathologique. Déjà avant la guerre plusieurs de nos collègues ont signalé tant à la Société médico-psychologique qu'à la Société clinique de médecine mentale, le danger que faisaient courir à la Société les mécaniciens de chemin de fer paralytiques généraux, les chauffeurs de taxi présentant des maladies mentales. Il y a urgence à indiquer aux pouvoirs publics le danger que présentent de semblables fonctionnaires et je demande que la Société émette un vœu qui sera présenté au Ministère des Travaux Publics.

M. ROUBINOWITCH. — Je propose à la Société de demander à M. Pactet, qui possède toute l'autorité nécessaire, et s'est des premiers occupé de ces problèmes, de vouloir bien lui présenter, dans la prochaine séance, un rapport destiné à être remis aux autorités compétentes.

La proposition de M. Roubinowitch est adoptée par la Société médico-psychologique et la rédaction du rapport confiée à M. Pactet. (*Adopté*).

La séance est levée à 18 h. 15.

Les secrétaires des séances,

René CHARPENTIER et M. MIGNARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 20 Avril 1925

Président : M. le D^r TOULOUSE

Syndrome de jeu en activité mentale de jeu. — MM. E. Toulouse et P. Schiff présentent une jeune fille atteinte de manie chez laquelle ils ont observé une série de manifestations délirantes à succession rapide, à caractère euphorique et ironique, peu consistantes et mal rattachées les unes aux autres, exposées avec un manque évident de conviction. La malade joue depuis plusieurs semaines une série de comédies contradictoires, où elle attribue des rôles à son entourage : médecins, infirmières, parents. Elle transforme tous les jours à son gré le sujet des comédies, elle scinde les rôles assignés par elle aux acteurs, attribue à chacun d'eux une double personnalité. Elle-même, elle est tantôt la directrice et tantôt l'objet du jeu, elle poursuit et elle est poursuivie, « elle joue la police et la police la joue », etc...

Les auteurs estiment qu'un tel ensemble de signes, très différent du puérilisme de Dupré, mérite d'être individualisé en un syndrome spécial qu'ils proposent de nommer *syndrome de jeu*. C'est un groupement, d'ailleurs très fréquent, de réactions psychomotrices dont le caractère délirant est plus apparent que réel, réactions auxquelles un malade se livre dans un but d'amusement personnel, sans intention délibérée de tromper l'entourage, et sans conviction solide. Bien loin d'être systématisées, les idées délirantes sont instables, le malade ne tient pas beaucoup à elles, il ne résiste pas si on les critique, il admet sans trop de difficulté leur inanité, quitte à les reprendre dès que sa rétractation lui semblera oubliée. D'autres traits peuvent servir à caractériser le syndrome de jeu : la gratuité des idées délirantes, qui ne reposent sur aucun fondement réel, n'ont pas de rapport avec l'activité antérieure du sujet, leur caractère généralement euphorique, enfin, la pauvreté de la fabulation par quoi, avec l'absence de ténacité et de système, ce syndrome se distingue des délires systématisés d'imagination. On peut rencontrer le syndrome de jeu

dans des affections très variées : schizophrénies diverses, manies, états hystériques et mythomaniaques, etc.

La notion d'un syndrome de jeu permet de mieux apprécier l'élément clinique important que constitue la conviction délirante. Au point de vue pathogénique, ce syndrome doit être considéré comme un signe de régression de l'activité mentale. Les auteurs rappellent que, pour les psychologues anglo-saxons, comme Baldwin, la pensée primitive, loin de s'efforcer à saisir d'emblée le réel, a d'abord une tendance ludique. Elle poursuit dans les libres jeux de l'imagination une satisfaction immédiate étrangère à la vérité de raisonnement. La pensée logique est dominée par la loi de la réalité ; la pensée infantile, la pensée discordante ou autiste assouviennent d'abord les tendances hédoniques, les tendances de jeu.

Hémorragie cérébrale et troubles mentaux consécutifs. — MM. P. Carrette et M. Vidacovitch, interne du service de M. Henri Colin (Admission) présentent un homme de 52 ans qui, à la suite d'une hémorragie cérébro-méningée, de cause indéterminée, survenue brusquement, est resté plusieurs jours dans un état comateux. Il en est sorti ayant l'apparence d'un aphasique, mais les troubles du langage, améliorés après trois mois d'évolution, semblent être dus surtout à un affaiblissement intellectuel, avec prédominance d'une amnésie telle que le malade semble oublier immédiatement les questions qui lui sont posées. Cette amnésie intéresse au premier chef la fixation des événements survenus depuis le début de la maladie, mais elle s'étend aussi, bien que d'une manière plus variable, à l'évocation des faits antérieurs à celle-ci et à certaines opérations mentales d'acquisition ancienne.

Conscience de l'état morbide. Auto-analyse. (*Présentation de documents*), Paul ABÉLY (Asile de Prémontré). — Il s'agit d'un aliéné malade depuis 1915, interné pour Démence précoce depuis 3 ans environ. Il présente régulièrement des accès évoluant pendant 15 jours, se répétant tous les trois mois, et laissant après eux une remarquable intégrité intellectuelle. Le malade analyse alors minutieusement sa maladie, en cherche l'origine, en discute l'évolution, et cela avec une rare précision de jugement.

Actuellement, le diagnostic de Démence précoce doit être abandonné pour celui de folie intermittente, forme mentale pathologique où la conscience de l'état morbide est exceptionnelle.

VARIÉTÉS

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR
GUSTAVE ROUSSY

4 mai 1925

De cette belle leçon, *l'Anatomie Pathologique, Science biologique*, nous extrayons le passage suivant consacré à Charcot :

La mutation de Vulpian ouvrit à Charcot les portes de cette Faculté. C'était la consécration officielle donnée à un homme dont la célébrité allait chaque jour grandissant, et qui déjà, par son enseignement et par ses travaux à la Salpêtrière, s'annonçait comme le fondateur de la Neurologie.

A l'occasion d'un centenaire que nous célébrerons bientôt, des voix plus autorisées que la mienne diront quelle fut l'œuvre neurologique du grand savant qui a contribué à répandre dans le monde le renom de la science française, et comment cette œuvre fut perpétuée par la riche pléiade de ses élèves.

Comme professeur d'Anatomie pathologique, Charcot a pu mettre à profit sa vaste érudition. Il lisait beaucoup et connaissait à fond la littérature médicale ; aussi pouvait-il répondre un jour aux attaques adressées à la science française par un savant étranger (il s'agissait de Virchow) : « Il n'est permis à personne d'oublier que la science n'est d'aucun pays et n'appartient en propre à aucune race. » Si Charcot ne fut pas un anatomo-pathologiste, au sens strict du mot, il fut un excellent professeur d'Anatomie pathologique, toujours au courant des progrès de la science qu'il enseignait et ne se contentant pas d'exposer avec clarté les faits puisés dans les livres, mais s'astreignant à vérifier par lui-même les expériences dont il allait parler. Ses leçons sur les *Maladies du foie et de la vésicule biliaire, des Reins, des Poumons* forment, dans la collection de ses œuvres, une partie importante, qui a été peut-être trop laissée dans l'ombre, tant le nom de Charcot appartient à la Neurologie.

En s'efforçant d'unir intimement la Pathologie à l'Anatomie et à la Physiologie pathologiques, Charcot se montre le disciple de l'école de Laënnec. Sa doctrine peut être résumée par cette phrase de Lobstein qu'il se plaisait à citer : « Ce n'est pas l'organe altéré mort que le médecin veut connaître, c'est l'organe vivant, agissant, exerçant les fonctions qui lui sont propres. »

Aussi ne craignait-il pas, dans son cours, de s'écarter souvent des questions d'anatomie et d'histologie pathologiques pour faire des incursions dans le domaine de la physiologie et surtout de la clinique. Ces différentes branches de la science médicale n'étaient pour lui séparées par aucune limite fixe, mais intimement liées aux autres parties de la science biologique. Il pensait que si l'anatomo-pathologiste doit consacrer la plupart de ses efforts aux travaux de laboratoire et à l'amphithéâtre, il doit aussi fréquenter un service d'hôpital.

Charcot, comme Vulpian, fit une large place à l'anatomie microscopique. Dans ce but, il fit appel à la précieuse et fidèle collaboration de son ami Gombault.

Du point de vue philosophique, Charcot s'affranchit des tendances vitalistes de ses prédécesseurs. Il pense que les propriétés vitales seront un jour ramenées aux propriétés d'ordre physique et que, tout au moins, il n'existe pas entre ces deux forces un antagonisme, mais une corrélation.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

M. le docteur Santenoise, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est chargé, du 1^{er} mars au 31 octobre 1925, d'un cours de médecine expérimentale et de chimie biologique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

LES MÉDECINS D'ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

ET LA LOI DU 6 AVRIL 1923

M. Balanant, député, ayant exposé à M. le ministre des finances : 1^o Que l'Administration des finances refuse aux médecins des asiles publics d'aliénés le bénéfice de l'article 7 de la loi du 1^{er} avril 1923 ainsi que de la loi du 17 avril 1924, sous prétexte que ces médecins sont des fonc-

tionnaires départementaux ; 2° que les Conseils généraux qui ont appliqué les dispositions des lois précitées à leurs fonctionnaires départementaux ont déclaré ne pas pouvoir en faire bénéficier ces médecins, qui sont nommés par le ministre et dont le traitement est fixé par décret, et demande qu'il soit mis fin, par tous moyens appropriés, à une situation aussi injuste, a reçu la réponse suivante :

« Les dispositions légales relatives aux bonifications d'ancienneté pour services militaires concernent exclusivement les fonctionnaires, agents et ouvriers de l'Etat, et ne s'appliquent nullement aux agents des départements, quel que soit leur mode de rémunération ou de nomination. Mais rien ne s'oppose à ce que les autorités départementales accordent à leur personnel, avec imputation de la dépense sur les ressources dont elles disposent, des avantages de carrière analogues à ceux que l'Etat consent en faveur de ses propres agents. »

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

La V^e session des Journées Médicales de Bruxelles se tiendra, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 20 au 24 juin 1925.

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les Dames et les abonnés à *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et inscriptions auprès du D^r René Beckers, secrétaire-général, 36, rue Archimède, à Bruxelles.



Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 30.903